Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität zu Münster i. W.
(Direktor: Prof. Dr. Kehrer).

Psychosen nach Kastration beim weiblichen Geschlecht.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Medizinischen Doktorwürde
vorgelegt
der Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster.

Von
Erich Altenkämper
aus Bocholt i. W.

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i. W.
1937

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Münster.

Referent: Prof. Dr. Kehrer.
Dekan: Prof. Dr. Jötten.

Tag der mündlichen Prüfung 20. 11. 1936.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Übersicht.

1. Klimakterium und Kastration 5
2. Fälle von Kastrationspsychosen in der Literatur 8
3. Kastrationspsychosen, die in der Nervenklinik zu Münster beobachtet wurden 11
4. Aetiologie der Kastrationspsychosen 29
   a) Somatische Grundlagen 29
   b) Psychologische Grundlagen 33
5. Kritik 37

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547223_0135

Zwei tief eingreifende Umwandlungsperioden finden sich im Leben der Frau, die Pubertät und das Klimakterium, die beide die körperlichen und seelischen Funktionen in stärkstem Maße beeinflussen. Während aber in der Pubertät ein Aus- und Aufbau erfolgt, durch den der Organismus des werdenden Weibes für die Lebensaufgabe des Frauentums und der Mutterschaft vorbereitet wird, wobei jeder Tag einen Schritt vorwärts bedeutet, stellen sich im Klimakterium, nachdem der Höhepunkt des Lebens überschritten ist, Körper und Seele wieder vollkommen um und es erfolgt nun ein Abbau all der Funktionen, die bisher das Leben in gleichmäßigem Wechsel beeinflußten und eine Umwandlung zu der Form, die dem geruhigeren Lebensablauf der älteren Frau, der Matrone entspricht. Die Kastration aber, also die Entfernung oder Abtötung der Ovarien, entspricht in ihren Folgeerscheinungen einem künstlich hervorgerufenen, mehr oder weniger verfrühten Klimakterium. Ihre Folgeerscheinungen und Auswirkungen stimmen vielfach mit denen des Klimakterium überein oder gehen noch über sie hinaus. Zur Beurteilung der Frage, ob die Kastration an sich stärkere Folgen auf den Geisteszustand haben kann, ist eine Betrachtung der biologischen Auswirkungen des Klimakteriums, die jede Frau in ihrem Leben durchmachen muß, als Vergleichsmaßstab unerläßlich.

Nach Sellheim ist das Klimakterium ein Schlußakt der Tätigkeit der Ovarien, der seinen Einfluß über den ganzen Körper geltend macht. Bleuler wies schon darauf hin, daß dem Klimakterium die Bedeutung eines biologischen Vorgangs im Sinne einer Umwandlung zukommt. Diese Umwandlung ist also eine biologische Umwandlung. Es ist kein Wunder, daß nur sehr wenige Frauen die Wechseljahre ganz ohne Beschwerden durchmachen. Die Angaben der Autoren über die Häufigkeit der Beschwerden oder — wie man sie nennt —, der Ausfallserscheinungen schwanken in starkem Maße. Gläv ecke und Börner finden sie in 90 % ihrer Fälle. Schickele streitet ab, daß es sich dabei immer um echte Ausfallserscheinungen handelt und glaubt nur an eine Häufigkeit von 50—55 %. Bumke meint, daß kaum eine Frau ihre Klimax ganz ohne Beschwerden durchmacht.

Welcher Art sind nun die Ausfallserscheinungen? Bei Sellheim, Pfister, Menge-Opitz, Hirschfeld und Witzleben finden sich meist übereinstimmende Angaben. Rein körperlich erfolgt eine Atrophie des Uterus und der Vagina, eine Rückbildung des Drüsengewebes der Mamma, eine anfangs erhöhte, dann erniedrigte Stickstoffausfuhr, eine Herabsetzung des Fettstoffwechsels und in ungefähr 50 % der Fälle eine Zunahme des Körpergewichts. Daneben treten besonders vasomotorische

Störungen auf, Blutwallungen mit dem Gefühl fliegender Hitze, die vom Unterleib gegen Herz und Lunge und bis in den Kopf steigt. Dazu leiden die Frauen oft an Schüttelfrost und Kältegefühl in den Fingerspitzen, an Sensationen, wie Ameisenlaufen und Kribbeln in den Fingern und an Mastodynie. Objektiv zeigt sich eine Rötung der betreffenden Körperstellen, plötzlicher Schweißausbruch mit eigentümlich wechselnder Lokalisation, der meist spontan, auch nachts, auftritt. Außerdem treten Herzbeschwerden und Verdauungsstörungen mit plötzlicher Übelkeit und Erbrechen auf. Subjektiv leiden die Frauen zeitweise auch unter Schwindel, Ohrensausen, schlechten Geruchs- und Geschmacksempfindungen und den oben angeführten Parästhesien.

Die Stimmungslage ist in den meisten Fällen verändert. Nach Halban-Stransky bleiben auch bei sonst völlig normalen Frauen Störungen des psychischen und nervösen Gleichgewichtes nicht aus, wenn sie auch meist nur vorübergehender Natur sind. Die Gemütsstimmung wird labil und in der Mehrzahl der Fälle zu Depressionen geneigt. Nur selten ist die Stimmungslage gehoben, meist klagen die Patientinnen über (Menge-Opitz und Lewandowsky) Müdigkeit, mangelnden Lebensmut, niedergedrückte Stimmung, Unlust zur Arbeit, Insuffizienzgefühle und Überflüssigkeitsideen, Abnahme des Gedächtnisses, erhöhte affektive Reizbarkeit und Stimmungslabilität. Erwähnenswert ist, daß 50 % der Frauenselbstmorde im Lebensalter zwischen 40 und 50 Jahren liegt.

Naturgemäß finden sich diese Beschwerden in den verschiedensten Abstufungen. Einerseits sind sie objektiv verschieden stark, was durch mancherlei Momente, unter denen die Konstitution eine große Rolle spielt, bedingt ist, andererseits werden auch gleiche Beschwerden subjektiv ganz verschieden empfunden. Was in manchen Fällen als nicht zu umgehendes Übel mit Gleichmut ertragen wird, wirkt sich ein ander Mal sehr viel stärker aus und kann sogar zu psychischen Störungen führen. Kant spricht von der konstanten Trias von Persönlichkeit, Situation und Klimax, die erst in ihrem Zusammenwirken das jeweilige Zustandsbild formt. In manchen Fällen kommt im Klimakterium eine Psychose zum Ausbruch. Die Meinungen der Autoren, ob es eine spezifisch klimakterische Psychose gibt oder ob das Klimakterium dabei nur eine auslösende Rolle spielt, gehen weit auseinander. Krafft-Ebing sieht in der Involutionsperiode eine teils prädisponierende, teils gelegentliche Ursache für psychische Erkrankungen. Er fand unter 878 weiblichen Geisteskranken 60 = 6,1 %, bei denen die Krankheit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Klimakterium stand, er betont jedoch, daß es kein klimakterisches Irresein als Krankheitsform gibt. Kræpelin und Börner fanden, daß im Klimakterium die Neigung der Frauen, psychisch zu erkranken, erheblich anwächst, ja, Börner glaubt, daß bei fast keiner Frau im Klimakterium geistige Störungen fehlen, daß sie in den leichteren Fällen nur latent seien. Schickele sieht psychische Alterationen in Gestalt manisch-depressiver Zustände nicht so selten, sie sollen jedoch nichts Cha-

rakteristisches haben. Kræpelin räumt dem Klimakterium auf die Entwicklung von Geistesstörungen einen bedeutenden Einfluß ein. Bumke, Gaupp und Kleist nehmen eine spezifisch klimakterische Psychose an, dagegen sieht Bleuler zur Zeit des weiblichen Klimakteriums nur eine leichte Häufung von Exacerbationen verschiedener Psychosen und eine Neigung zu Depressionen, eine spezifisch klimakterische Psychose jedoch lehnt er ab. Mayer (in Veit-Stöckel) nimmt an, daß das Klimakterium nur als Aktivator auf eine vorhandene Anlage wirkt.

Es steht jedenfalls fest, daß sich in der Zeit des Klimakteriums eine Häufung von Psychosen einstellt. Dabei sind nach Bumke am häufigsten Depressionszustände ängstlicher oder paranoider Färbung, dann folgen nach der Häufigkeit katatone Syndrome, psychogene Bilder und manische Erscheinungsformen. Auch nach anderen Autoren stehen die depressiven Färbungen im Vordergrund. Eine Sonderstellung nimmt die Involutionsparanoia ein, bei der es sich nach Kleist um eine konstitutionelle Erkrankung, um eine zur Zeit der sexuellen Involution aus inneren Gründen zum Durchbruch kommenden krankhaften Anlage handelt, die sich besonders bei Individuen findet, die von jeher charakterlich für gefühlsbetonte Erlebnisse besonders ansprechbar (reaktiv-affektlabil) waren.

Sellheim weist darauf hin, daß das Aufhören der Menses nicht immer identisch mit dem Aufhören der Ovarialfunktion ist und daß daher die Psychosen nicht immer genau mit dem Sistieren der Menses einsetzen. Ebenso kann sich Kogerer, der zur Beurteilung der Folgen des Klimakteriums verlangt, daß man dabei die Bedeutung der inneren Sekretion und die des seelischen Erlebnisses scharf trennt, nicht vorstellen, daß das Aufhören der inneren Sekretion plötzlich erfolgt. Plötzlich dagegen erscheine auf Grund einer inneren Störung der Gedanke, daß es aus sei. Bei der Kastration nun erfolgt das Aufhören der inneren Sekretion schlagartig, abgesehen davon, daß sie durch die vorhergehende Krankheit schon geschädigt sein kann. Die Kastration ist gegenüber dem langsam sich vollziehenden biologischen Klimakterium ein roher brutaler Eingriff. Wenn nun schon im biologischen Ablauf der Wechseljahre eine Neigung zu Psychosen festzustellen ist, dann ist es verständlich, daß nach der plötzlichen Umstellung durch die Kastration und bei der ungleich stärker belasteten psychologischen Situation erst recht eine Häufung von psychischen Störungen auftritt.

So finden sich denn nach Kastration all die oben angeführten Folgeerscheinungen der natürlichen Wechseljahre, besonders vasomotorische Störungen, Parästhesien, Stoffwechselstörungen und vor allen Dingen Veränderungen des Gemütszustandes, zumeist nach der depressiven Seite. Menge-Opitz und Pfister betonten, daß all diese Störungen viel stärker auftreten, als im normalen Klimakterium und daß diese Erscheinung ihren Grund in dem Unterschied zwischen natürlicher Funktionseinstellung der Ovarien und plötzlicher Entfernung derselben findet.

Pfister weist auch darauf hin, daß die Patientinnen, die einer Kastration unterzogen seien, infolge des oft jahrelang erlittenen Ungemachs von seiten der früheren körperlichen und nervösen Leiden, auf viel geringere Reize abgestimmt seien, als die im normalen Klimakterium befindlichen Frauen. Außerdem wird bei einer Kastration die mutmaßliche interstitielle Drüse — von der noch zu reden sein wird — die im Klimakterium erhalten bleiben soll, mit entfernt. So sehen wir, daß gerade Stoffwechselstörungen, wie sie sich im Fettansatz der Kastrierten äußern, sehr viel stärker vorhanden sind als im normalen Klimakterium.

Markuse fand nach Kastration eine psychische Verkindlichung oder auch wieder Vergreisung, wobei Verstand und Urteil keineswegs beeinträchtigt zu sein brauchten. Nach Aschner finden sich nach Kastration als psychische Anomalien Veränderungen des Gemütszustandes und des gesamten Lebensgefühls, am häufigsten Erregbarkeit, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Unruhe, die sich oft bis zu leicht manischen Zuständen steigert. Fast eben so oft fand er Depressionen und Verstimmungen bis zur Melancholie, namentlich bei hereditär Prädestinierten. Er schreibt, ein so schwerer Eingriff in das Stoffwechselgetriebe, wie sie die vorzeitige Unterdrückung der Menstruation und die Zerstörung der Ovarialfunktion darstellt, sei geeignet, eine latente Anlage zu geistigen Störungen zum Ausbruch zu bringen. Pfister dagegen fand unter 116 Fällen 26, in denen keine Änderung des Gemütszustandes eintrat. 34 Patientinnen waren heiterer und besser gestimmt als vorher, in drei Fällen verschwand eine vor der Kastration bestehende Melancholie. In 24 Fällen waren die Patientinnen reizbarer, in 57 Fällen ihre Stimmung gedrückter und niedergeschlagener. Er glaubt, nach seiner Tabelle feststellen zu können, daß eine mit der Kastration direkt in Zusammenhang stehende Verschlechterung des Gemütszustandes eine Ausnahme sei, während die Fälle, in denen entsprechend dem Besserwerden der allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse auch der Humor ein lebensfreudigerer geworden sei, nicht so selten seien. Im Gegensatz dazu fand Aschner unter 102 Fällen 33, bei denen auffallende psychopathologische Erscheinungen auftraten, die über das beim normalen Klimakterium übliche Mittelmaß hinaus gingen. Auch sonst finden sich in der Literatur seit dem Jahre 1888, in dem, schon bald nach Einführung der Kastration aus klinischer Indikation durch Hegar, die erste Arbeit dieser Art von Werth: „Über Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen am weiblichen Genitalapparat" herauskam, eine ganze Reihe von Fällen, in denen im Anschluß an eine Kastration eine Psychose ausbrach. Eine kurze Übersicht möge folgen.

Fälle der Literatur:

Werth (1888) beobachtete 232 Fälle, von denen 36 Totalexstirpationen, 36 Kastrationen und 160 Ovariotomien waren. Bei jeder dieser Gruppen entstanden je zwei Psychosen, die alle dem melancholischen Formenkreis angehörten. Von den Er-

krankten waren drei, also die Hälfte, nachweislich erblich belastet. In der Literatur fand Werth bis dahin 24 Fälle von Psychosen nach Eingriffen am weiblichen Genitale beschrieben, von denen 12 melancholischer und 7 maniakalischer Art waren.

Gläveckе (1889) beobachtete 33 Fälle von Kastration und sah elfmal keine Änderung der Gemütslage, während bei 22 Patientinnen eine Umstimmung eintrat. Davon waren 11 melancholisch-gedrückter, 2 erregter und gereizter und 7 heiterer und froher als vor der Operation. In zwei Fällen wechselte die Stimmungslage. Drei dieser Fälle führten zu einer ausgesprochenen Psychose. Sie sollen kurz angeführt werden:

Fall I. Eine tief schwermütige Frau verlor jeden Lebensmut und alle Energie und befand sich dauernd in weinerlicher Stimmung. Nach drei Vierteljahren trat allmähliche Besserung ein.

Fall 2. Eine hochgradig hysterische Frau bekam zur Zeit der ausbleibenden Menses kurzdauernde melancholische Anfälle mit lautem Klagen und Jammern, Zukunftsbefürchtungen und Erregungszuständen, bei denen sie sich auf die Erde warf und gegen die Wand rannte.

Der Vater dieser Patientin war im Irrenhaus gestorben.

Fall 3. Im dritten Fall handelte es sich um eine schwere unheilbare Melancholie, die erblich stark belastet war und bei der die Kastration nur Gelegenheitsursache war.

Gläveckе schreibt selbst zu diesen Fällen, daß er sie nicht der Kastration allein zur Last legen möchte, zumal es sich zweimal um erblich belastete Individuen handle. Er glaube aber, daß sich nach der Kastration leicht ein melancholischer Zustand entwickele, der bei erschwerenden Umständen in eine Psychose übergehen könne, und daß die Kastration eine gewisse Prädisposition zu Psychosen schaffe. Bei dreizehn Fällen von Totalexstirpation sah er außerdem zwei leichte Melancholien und drei ausgesprochene Psychosen melancholischer Art. In der Literatur fand er zwei Fälle von Psychosen manischer Form. Im ersten, von Lossen und Fürstner beschriebenen Fall entwickelte sich sieben Tage nach der Kastration eine akute Manie von 6 Wochen Dauer, im zweiten Fall, den Odebrecht beschrieb, kam es 14 Tage nach der Operation zu einem nur zwei Tage dauernden maniakalischen Irresein.

Pfister (1899) fand unter seinen schon oben angeführten 116 Fällen nur eine einzige Psychose, bei der sich ¼ Jahr nach der Operation eine schwere Melancholie entwickelte. In 56 Fällen aber war die Stimmungslage ungünstig beeinflußt. Elfmal findet sich darunter die Angabe Hysterie, 37 Patientinnen waren, wie schon gesagt, deprimierter und 24 reizbarer Stimmung.

Alterthum sah unter einem Material von 107 kastrierten Frauen keine einzige Psychose und nur eine verhältnismäßig geringe Zahl von psychisch ungünstig veränderten Patientinnen. Sieben davon sollen gedrückt-trauriger und acht gereizt-erregter Stimmung gewesen sein, während bei 45 Frauen die Stimmung

angeblich heiterer war, als vor der Kastration. Kleist sah unter seinen postoperativen Psychosen einen Fall, in dem sich nach Entfernung eines Ovarialkystoms ein Stupor einstellte. In einem zweiten Fall trat nach Totalexstirpation des Uterus ein hyperkinetischer Erregungszustand auf.

Berger (1907) berichtet über ein 45jähriges Fräulein, bei dem sich nach Totalexstirpation eine reizbare Stimmung mit Angstzuständen, Selbstanklagen, Verarmungsvorstellungen und Suicid einstellte. Es handelte sich um eine typische Melancholie.

Auch bei ausländischen Autoren finden sich vereinzelte Angaben. Petit und Marville sahen nach Röntgenkastration bei einer nicht belasteten Frau ein „klassisches Kastrationssyndrom" mit neurovegetativen Störungen und Temperaments- und Charakterveränderungen im Sinne von Unruhe und Mißtrauen, Eifersuchtswahn, Verfolgungs- und Wahnideen. Jeanselme und Tourraine sahen nach Ovariotomie eine Charakterveränderung im Sinne der Depression. Die Patientin war stumpf, vergeßlich, willensschwach und schwermütig. Auf Ovarialtherapie trat Besserung ein. Gordon kam nach Beobachtung von 112 Fällen weiblicher Kastration zu dem Ergebnis, daß die danach auftretenden Störungen nervöser funktioneller Art seien und daß die psychischen Störungen zu keinem der bekannten Krankheitsbilder paßten.

Fuchs (1921) nahm bei 69 Frauen, die durch Röntgenstrahlen kastriert worden waren, Nachuntersuchungen vor und fand in 7—10 % eine Veränderung der Stimmungslage durchweg depressiver Färbung, die aber in allen Fällen von einer Psychose weit entfernt waren.

Aschner (1925) fand unter 37 kastrierten Frauen zwei Depressionen mit Erregungszuständen und Narkolepsie, die beide geheilt wurden. Außerdem sah er drei schwere „hysterische" Schwächezustände.

Delius (1927) beschreibt zwei Fälle, in denen bei bis dahin gesunden Frauen im Anschluß an Röntgenbestrahlung der Ovarien eine Psychose ausbrach. Einmal handelte es sich um einen hochgradigen Erregungszustand mit katatonen und hebephrenen Zügen, der nach 18 Tagen abheilte. Im zweiten Fall sah er eine paranoide Form der Schizophrenie mit depressivem Zustandsbild, Verstimmung, Beziehungsideen und motorischen Erregungszuständen die $^5/_4$ Jahre dauerte und ohne Defekt abheilte.

Feldweg (1927) untersuchte 1—2 Jahre nach der Röntgenkastration 205 Frauen und fand keine stärkeren geistigen Störungen und keine Psychosen. In 11,3 % seiner Fälle sah er eine depressive Stimmungslage, jedoch handelte es sich dabei in der Mehrzahl um Frauen mit deutlich labilem Nervensystem oder Unterfunktion der Schilddrüse.

Witzleben (1928) sah bei einer Frau, die bei einer Fehlgeburt schon einen ähnlichen Zustand gehabt hatte, nach

Röntgenkastration einen maniformen Erregungszustand mit getrübtem Bewußtsein, triebhaften Handlungen, Sinnestäuschungen und Ideenflucht. Bei zwei nicht belasteten Frauen sah er nach Röntgenkastration Depressionen mit Angst, Mißtrauen und Hypochondrie.

Kraus (1932) beschreibt einen Fall, in dem bei einer schwer belasteten degenerierten Patientin mit manisch-depressivem Einschlag, bei der schon öfter nach psychischen Traumen Psychosen aufgetreten waren, nach Röntgenbestrahlung der Ovarien einen schweren maniformen Erregungszustand mit hysterischer Komponente und erotischem Einschlag. Der Zustand dauerte zwei Monate, klang dann ab und wiederholte sich. Darauf wurde eine Totalexstirpation ohne nachfolgende Psychose vorgenommen. Weiterhin beschreibt er, wie bei einer haltlos psychopathischen Frau die Kastration zu einem Dauerkomplex wurde und mit ihren organischen Folgeerscheinungen immer wieder erneut als psychisches Trauma wirkte. Bei einer im Präklimakterium stehenden Frau sah er nach Röntgenkastration einen schweren depressiven Zustand mit Lebensüberdruß, Suicidideen und Insuffizienzgefühlen, der jahrelang anhielt. Es handelte sich um eine Frau von außerordentlicher Labilität mit dementsprechender Reaktionsbereitschaft für .psychische Traumen

Fälle, die in der Psychiatrischen Klinik der Universität Münster beobachtet wurden.

In der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster wurden seit dem Jahre 1928 sieben Fälle beobachtet, bei denen im Anschluß an operative Kastration oder im weiteren Zusammenhang damit Psychosen ausbrachen.

Fall I. Anna Th. Maniforme Erregung nach einseitiger Ovariektomie.

Die 51jährige Lehrersfrau kam wegen ziehender Schmerzen in Rücken und Leib in die Frauenklinik.

Die Anamnese ergab: Menarche mit 16 Jahren, Menses immer regelmäßig alle 28 Tage, schwach mit Rücken- und Leibschmerzen. Menopause mit 48 Jahren. Keine Geburten. Als Kind angeblich Peritonitis. Immer viel Kopfschmerzen, oft Schwächeanfälle mit Herzbeklemmungen und Tachykardieen.

Die jetzigen Beschwerden fingen im 34. Lebensjahr mit ziehenden Rücken- und Leibschmerzen an. Seit dem 36. Jahr Leberschwellung. In demselben Jahre Laparatomie und Entfernung des linken Eierstocks. Danach ließen die Schmerzen nach, traten später wieder auf und verstärkten sich so, daß sie am 28. Mai 31 die Frauenklinik aufsuchen mußte.

Befund bei der Aufnahme: Schlecht aussehende, blasse Patientin in mittelmäßigem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute blaß, starke Cyanose. Herz nach links verbreitert. Sie klagt über ziehende Schmerzen im Rücken und im Leib, Druck in der Magengegend, Völlegefühl und Aufstoßen. Trotz Harndrang nur geringer Harnfluß, dagegen beim Husten unwillkürliches Harnträufeln. Stuhlgang regelmäßig.

30. V. Operation. Entfernung eines rechtsseitigen kindskopfgroßen Tumors auf breitgestieltem Ovar. Nachmittags ist das Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Temp. 38,5. Puls voll, kräftig, regelmäßig.

1. VI. Temp. 39,2, keinerlei Beschwerden. 16 Uhr Temp. 40,0, zyanotisch, schlapp.

2. VI. Temp. 39,3, Puls beschleunigt. 21 Uhr Temp. 39. Patientin deliriert.

3. VI. Temp. 37,8, Puls 110. Allgemeinzustand gut. Gegen Abend starke Erregungszustände, kaum im Bett zu halten, schreit und tobt. Völlig desorientiert, spricht wirres Zeug. Ideenflucht. Der Anfall dauert 10 Minuten, dann ist sie wieder klar.

4. VI. Der Erregungszustand wiederholt sich nachts und dauert 10 Minuten. Gegen 10 Uhr neuer Anfall. Verlegung in die Nervenklinik, wo auf der Station bald Besserung eintritt. Patientin ist dann vollkommen klar. Es gelingt auch durch Einläufe nicht, den Stuhlgang in Ordnung zu bringen.

5. VI. Psychisch normal. Immer noch kein Stuhlgang. Aufgetriebener Leib. Puls 160, Temp. 37,8. Erbrechen von fäkulenten Massen. Wegen Ileus Rückverlegung in die Frauenklinik, wo auf hohen Einlauf Stuhl und Flatus abgeht.

Punktat der Bauchhöhle ergibt reichlich Eiter, Staphylokokken und Stäbchen.

Leib immer noch aufgetrieben. Puls klein und frequent, zeitweise kaum fühlbar.

12,15 Uhr Exitus.

Sektionsbefund: Hochgradige Peritonitis, halbe Amputation des Uterus. Amputation der Adnexe beiderseits. Infarktknoten in der Niere. Fettleber. Peritonitis diaphragmatica. Lungenhypostase. Bei dem Tumor handelte es sich um ein vielkammeriges papillentragendes Ovarialkystom.

Es scheint sich in diesem Falle mehr um eine postoperative Psychose im Sinne Kleists, als um eine Kastrationspsychose zu handeln. Die im 50ten Lebensjahre stehende Patientin befand sich seit drei Jahren in der Menopause, außerdem war ihr bereits 15 Jahre vorher das linke Ovar entfernt worden. Es ist nicht wahrscheinlich, daß die Fortnahme des seit drei Jahren ruhenden rechten Ovars eine derart starke innnersekretorische Gleichgewichtsstörung hervorrufen kann, daß dadurch ein akuter Verwirrungszustand entsteht. Die Vermutungen über eine sogenannte interstitielle Drüse im Ovarium (Menge-Opitz), die auch nach dem Aufhören der Ovulation noch Einfluß auf Körper und Nervensystem haben soll, sind wenig entwickelt und noch so unbestimmt, daß sich für den vorliegenden Fall wenig daraus entnehmen läßt. Andererseits handelt es sich um eine recht schwächliche, schlecht und blaß aussehende Patientin, die schon immer mit akuten Schwächeanfällen zu tun hatte, unter Herzbeklemmungen und Kopfschmerzen litt. Kleist fordert für die Diagnose einer postoperativen Psychose die Ausschaltung von infektiösen Prozessen, innersekretorischen Störungen und medikamentösen Vergiftungen und betont an erster Stelle die Wichtigkeit des postope-

rativen Erschöpfungszustandes, wobei er die positive Seite der Erschöpfung, das Auftreten giftiger Substanzen aus Eiweißabbauprodukten oder echter toxischer Stoffe aus Tumoren usw. besonders betont. Ob und inwieweit das hier der Fall ist, läßt sich nicht eindeutig bestimmen. Seine Angabe, daß postoperative Psychosen nach einem längeren oder kürzeren Intervall, dann aber akut ausbrechen, findet sich bestätigt, ebenso die Annahme, daß Temperatursteigerungen nur eine untergeordnete Rolle spielen. Die nach der Operation anfänglich hohe Temperatur sinkt zur Norm ab und erst dann bricht die Psychose, nachdem die Patientin drei Tage lang — abgesehen von einem, wohl durch die hohe Temperatur bedingten Delir am Abend des zweiten Tages — vollkommen klar war, am Abend des dritten Tages post op. ganz akut in einem nur 10 Minuten dauernden Anfall aus, der sich dann noch zweimal ebenso akut und kurzdauernd wiederholt. In den Zwischenzeiten ist die Patientin vollkommen klar und orientiert. Das Zustandsbild dieser Anfälle entspricht dem heteronomen Symptomenkomplex (Hyperkinetische Erregung, wirre Reden, Ideenflucht).

P i l c z (zit. n. K l e i s t) glaubt an eine Autointoxikation infolge der nach Bauchoperationen durch die Opiate herbeigeführten Stuhlverhaltung. Inwieweit die hochgradige Peritonitis und die Staphylokokkensepsis als ätiologische Momente in Frage kommen, läßt sich schwer entscheiden, eine Beteiligung derselben am Ausbruch der Psychose ist aber sehr wahrscheinlich, wie wohl überhaupt im vorliegenden Fall das Zusammentreffen mehrerer Ursachen anzuschuldigen ist, wobei die vorhandene Schwäche, die Peritonitis, die Sepsis und die Stuhlverhaltung besonders ins Gewicht fallen.

Es folgt ein zweiter Fall, bei dem die Krankheitsgeschichte ziemlich ausführlich gebracht wird, da sie psychologisch manches Interessante bietet.

Fall II. E l s e F. „K a s t r a t i o n s - u n d S c h r e c k p s y c h o s e“, s c h i z o p h r e n e s B i l d.

Die 39jährige Patientin wird von ihrem Schwager, der gleichzeitig behandelnder Arzt ist, wegen schwerer Psychose eingeliefert.

A n a m n e s e: Familienanamnese o. B. Patientin selbst war früher nie ernstlich krank, sie war eine gute Schülerin, immer geistreich und klug und körperlich tüchtig, aber schon immer etwas eigenwillig. Sie war verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Der Mann ist im Felde gefallen.

Nach der Geburt des ersten Kindes vor 12 Jahren hatte sie einen ähnlichen Zustand, in dem sie sehr laut und „ungezogen“ war, der aber nur wenige Tage dauerte. Jetzt sollen häusliche Verhältnisse eine Rolle spielen.

Seit ¾ Jahren hatte sie verstärkte Menses. Am 4. Juni 31 wurde dann ein kindskopfgroßes Uterusmyom festgestellt. Am 11. Juni wurde die Totalexstirpation des Uterus mit beiden gesunden Ovarien (?) vorgenommen. Vorher hatte schon 5 Tage Fieber bestanden. Die Operation wurde durch den Schwager der Patientin,

in dessen Haus sie auch wohnt, in Verbindung mit einem Facharzt durchgeführt. Der Patientin war nicht gesagt worden, daß sie die Ovarien verliere. Nach der Operation beredete sie den Bruder, eine Wallfahrt mitzumachen, da alles so gut abgelaufen sei. Sie hatte im Krankenhaus eine „Manie", alles zu verschenken, Kleider, Pralinen usw.

Am 23. Juni wurde ihr der Sachverhalt klargelegt, wobei sie sich stark erregte. Nachher war sie sehr unruhig und nervös. Sie wurde dann auffallend gesprächig, erzählte der Pflegeschwester alle möglichen Familienangelegenheiten drei- bis viermal am Tage. Sie sprach besonders viel von einem Vetter Ludwig, einer früheren Jugendliebe und erklärte, sie wolle ihn heiraten, ja, sie müsse ihn aus Barmherzigkeit heiraten, da er ein Bein verloren habe. Der Familie war von derartigen Plänen nichts bekannt. Sie hat sich anscheinend seit dem Kriege nicht sexuell betätigt und war erotisch neutral. Den Vetter will sie jetzt doch noch heiraten, ihm aber vorher sagen, daß sie keine Kinder mehr bekommen kann. Es begannen dann allmählich immer stärker werdende nervöse Störungen, die sich seit acht Tagen rapide steigerten und zu einer schweren Psychose führten. Nach Angabe des Bruders bekam sie vor acht Tagen plötzlich die Schreibwut, schrieb an alle möglichen Leute zum Teil unwichtige, auch unrichtige Sachen, z. B. an einen Onkel, wobei sie sich plötzlich in finanzielle Angelegenheiten mischte. Seit vier Tagen redet sie sehr viel und hat alle Augenblicke neue Ideen, seit zwei Tagen singt sie häßlich und mit schrillen Tönen, ist zeitweise sehr erregt, schimpft auf die behandelnden Ärzte, besonders auf den Schwager, daß man sie betrogen habe. „Jetzt haben sie mich angeführt." Sie hatte anscheinend den Gedanken, noch einmal Kinder zu haben, noch nicht aufgegeben. Sie ist zeitlich und örtlich orientiert. Die Nahrungsaufnahme war zufriedenstellend; jedoch hat sie in den letzten Tagen weniger gegessen, aber keine Schwierigkeiten gemacht. Zuletzt ließ sie mehrmals unter sich. Sie ist im übrigen noch lenkbar, allerdings seit einem Tag eigensinniger. Ist immer mit dem ganzen Körper unruhig, besonders mit Kopf und Händen. Es besteht immer noch Fieber (37,4—37,8), für das die Erklärung fehlt.

8. VII. Schläft auf Scop., erwacht mit Gesang. Singt den ganzen Morgen irgendwelche Worte, die ihr in den Sinn kommen, nach irgendeiner bekannten Melodie. Springt nach 3—4 Worten auf eine andere Melodie fort usf., fast ohne Unterbrechung. Auch im Dauerbad singt sie. Bei der Visite gelingt es nicht, sie zu einer vernünftigen Antwort zu bringen. Man hat den Eindruck, als ob sie den Sinn der Fragen versteht, jedoch quittiert sie sie mit unsinnigen Bemerkungen, wie „Unser Herrgott ist ein Komiker" oder „Soll ich französisch sprechen?", um ihre eigenen Worte sofort abzutun: „Ist ja alle Unsinn." Dabei dreht sie den Kopf in die Kissen, lacht ganz unmotiviert, schlägt auch mal mit den Händen und schreit: „Gehen Sie raus!", lacht bald hinterher und singt, wartet also die Wirkung ihrer Aufforderung gar nicht ab. Nach geraumer Zeit kommt sie aber doch wieder darauf zu sprechen und bittet nun ganz manierlich: „Ach, gehen Sie doch heraus." Im nächsten Augenblick wieder dasselbe Abschwenken auf unsinnige Bemerkungen. Es ist alle Mühe umsonst, mit ihr in einen Kontakt zu kommen. Auf Fragen über Ort, Zeit, Daten, Persönlichkeit, ihre Vergangenheit, ihre häusliche Umgebung etc. antwortet sie mit voll-

kommen unzusammenhängenden Redensarten. Eine körperliche Untersuchung ist erst recht nicht möglich, sie wehrt alle Manipulationen in für den Zuschauer ungezogener Weise ab. Auch im Bad ist sie nicht zu bewegen, das Hemd auszuziehen, hinterher kostet es der Schwester Mühe, ihr ein trockenes anzuziehen. Dabei wird festgestellt, daß die Operationsnarbe äußerlich normal ist. Zu allen Verrichtungen meldet sie sich, benutzt auch den Nachtstuhl, ebenso nimmt sie die angebotenen Mahlzeiten ein, verschmutzt dabei aber, ihrer motorischen Unruhe entsprechend, ihre Wäsche.

9. VII. Keine nennenswerte Änderung, außer daß sie auf Fragen angibt, in der Nervenklinik in Münster zu sein, daß sie operiert wurde und bei Prof. E. in Behandlung war. Hält Prof. K. für Prof. E. Auf alle Fragen sagt sie zunächst: „Einen Augenblick!", faßt mit der Hand an die Wand und gibt dann richtige Auskunft. Dieser Vorgang mit der Hand erweckt den Eindruck, als ob sie sich zunächst in die Wirklichkeit zurückversetzen wolle. In ihrem Rededrang ist sie sehr gedankenarm, es sind immer dieselben Redensarten: „Die Nonnen sind kleine Teufelchen, der Herrgott ist ein Komiker" usw. Jedesmal kommt hinterher: „Das darf ich nicht sagen, oh, gehen Sie doch hinaus!" Am Nachmittag gibt sie an, daß sie zwei Söhne habe, aber nicht genau. Sie singt die Namen der Söhne auf irgendeine Melodie. Damit ist die Auskunft wieder erschöpft. Ihren Vetter, der sie besucht, begrüßt sie mit Namen, steckt dann aber wieder kichernd ihr Gesicht in die Kissen und nimmt weiter keine Notiz von ihm, ist auch nicht zum Reden zu bewegen. Ein gewonnener Erbschaftsstreit macht auch keinen Eindruck auf sie.

10. VII. Ruhiger und zugänglicher. Sie weiß, daß sie krank ist. „Ich muß schön ruhig sein, damit ich wieder gesund werde." Zwischendurch wieder unsinniges Zeug: „Gleich kommt das Weltgericht. Ist ja alles Quatsch." Nachmittags Stimmungsumschlag, sie wird erregt, zornig, schimpft auf den Schwager (den behandelnden Arzt), sie wolle ihn nie mehr sehen, ohne Motivierung, schnauzt die Schwester an. Den Bruder, der sie besucht, begrüßt sie zunächst freudig, dann schlägt die Stimmung wieder um. Sie nimmt aber doch Stellung zu dem gewonnenen Prozeß: „Es ist doch gut, dann können uns die alten Onkels nichts mehr machen." Solche vernünftigen Reden werden aber bald wieder durch ihr altes Benehmen unterbrochen.

11. VII. Patientin ist heute sehr deprimiert, weint viel und lacht nur selten. Auf Fragen bekommt man keine Antwort. Zwischendurch schimpft sie, ohne daß in ihren Worten ein Sinn steckt. Es sind nur zornig hervorgestoßene Worte. Zwischendurch läßt sie sich zeitweise beruhigen. Vormittags war sie unsauber, näßte das Bett ein und zerriß Taschentücher. Auf ein Dauerbad trat vorübergehende Beruhigung ein.

14. VII. Psychisch keine Änderung. Hervorstechend Ideenflucht mit unsinnigsten Gedanken. Anscheinend spielen Begebenheiten ihres Lebens eine Rolle. „Ich bin das Reichsgericht Gottes", anscheinend eine Ideenverknüpfung mit ihrem Prozeß vor dem Reichsgericht. Dazwischen mehr erotisch gefärbte Bemerkungen: „Einmal im Jahr eine halbe Minute ist keine Todsünde" oder: „Ich kann küssen, wie und wo ich will." Dann andere Bemerkungen: „Ich kann meine Kinder erziehen, wie ich will ... ich habe meine Kinder richtig erzogen." Dazwischen dieselben Bemerkungen, teils hochdeutsch, teils französisch, teils plattdeutsch.

15. VII. Unverändert.

16. VII. Mit irgendwelchen Explorationsversuchen immer noch kein Erfolg. Man hat immer den Eindruck, daß sie jede Frage richtig erfaßt und auch richtig antworten will, daß aber dann im selben Augenblick ein Gegenimpuls kommt, mit dem sie dann eine Schranke herunterläßt.

19. VII. Gelegentlich eines Besuches durch den Oberarzt macht sie einen katatonen Eindruck, reagiert auf nichts, nach einer Stunde klingt dieser Zustand wieder ab. Macht einen Spaziergang mit der Schwester, wobei sie einen ganz normalen Eindruck macht und einfache Fragen nach ihrem Befinden richtig beantwortet. Eine über solche Fragen hinausgehende Unterhaltung ist aber nicht möglich.

23. VII. Zustand unverändert. Gibt auf Fragen keine Antwort, dem Arzt auch keine Hand. Liegt dabei ruhig im Bett und äfft mit verschmitzter Mimik kleine Bewegungen des Arztes nach. Im Laufe des Vormittags benimmt sie sich zeitweise normal. Klagt über Hitzewallungen, die aber nur im Liegen auftreten und bei Bewegung verschwinden.

28. VI. Seit drei Tagen wie normal, es sind keinerlei krankhafte Geistesstörungen mehr nachzuweisen. Schläft ohne Medikamente, aber unruhig. Wälzt sich im Bett, stöhnt und schreit auch mal auf und weiß am anderen Morgen von nichts.

31. VII. Psychischer Befund in den letzten Tagen wechselnd. Stundenlang normal, dann wieder ideenflüchtig. Zeitweise wieder unsinnige Antworten, Ermahnungen helfen dann nichts. Heute meist klar. Weiß nicht, wie sie hierhergekommen, wer sie gebracht und wer sie besucht hat. „Ich war aber immer vergnügt", kann keinen Grund dafür angeben. Ganz genau schildert sie aber die Vorgänge, die vorauf gegangen waren, daß sie wegen einer Geschwulst am Unterleib operiert worden sei und daß ihr hinterher der Operateur gesagt habe, er habe ihr alles entfernen müssen und sie würde demnächst wohl unter fliegender Hitze zu leiden haben. Weiter kann sie sich erinnern, daß sie im Krankenhaus in L. sehr laut war und Fieber hatte. „Dann bin ich wohl in Fieberwahn gefallen." Möchte nun bald nach Haus zu ihren Kindern, hier auf der Abteilung sei sie zu sehr abgeschlossen. Allmählich, ganz allmählich ändert sich der Zustand wieder, sie schweift vom Thema ab, ermahnt sich aber selbst: „Nicht abschweifen!", so daß die Unterhaltung abgebrochen werden muß. Sie macht Handarbeiten und ist äußerlich vollkommen geordnet.

8. VIII. Patientin wird auf Drängen der Verwandten gegen ärztlichen Rat aus der Klinik nach Haus geholt. Sie war in den letzten Tagen durchaus geordnet, vielleicht war die Stimmung zeitweise noch etwas maniakalisch.

Es handelt sich bei der 38jährigen Patientin, die familiär vollkommen unbelastet ist, um eine Psychose, deren auslösende Ursache vielleicht weniger die Kastration mit ihre somatischen Folgeerscheinungen und Störungen ist, als der unmittelbar damit in Zusammenhang stehende seelische Chok, wenn auch einige Symptome darauf hinweisen, daß die Operation als solche schon Störungen im Gemütsleben der Patientin hervorgerufen hat. So wird von einer eigenartigen „Manie" berichtet, die die Patientin schon bald nach der Operation hatte und die darin bestand, daß sie im Krankenhaus Kleider und alle möglichen Dinge verschen-

ken wollte. Die eigentliche Psychose beginnt jedoch erst etwa zwei Wochen nach der Operation, als die Patientin vom behandelnden Arzt die Art und den Umfang der Operation erfährt, über die man sie bis dahin getäuscht hatte. Der Patientin wurden (Grund ?) beide gesunde Ovarien entfernt. Über diese Mitteilung gerät die hochintelligente Patientin in einen psychologisch durchaus verständlichen Erregungszustand, aus dem sich dann langsam das Bild einer schweren Psychose entwickelt. Anfangs ist sie zeitlich und örtlich noch voll orientiert, nur sehr nervös und erregt, dann wird sie sehr gesprächig, wobei sie sich in ihren Reden immer wiederholt. Ihre Unruhe steigert sich, es tritt zu dem Rededrang noch Schreibwut hinzu und sie mischt sich in Dinge, um die sie sich früher nicht gekümmert hat. Nach und nach wird das Bild immer zerfahrener, es tritt Ideenflucht mit unsinnigen Gedankengängen auf, andererseits werden ihre Äußerungen sehr gedankenarm und wiederholen sich. Sie verliert die Orientierung und macht zeitweise einen depressiven, für kurze Zeit auch katatonen Eindruck. Manchmal scheint sie Fragen zu verstehen und will sie auch beantworten, aber ein dann einsetzender Gegenimpuls hindert sie anscheinend daran. Aus ihren Äußerungen läßt sich schließen, daß die Tatsache der Kastration deshalb so stark auf sie gewirkt hat, weil sie, die früher immer klug, geistreich, tatkräftig, lebenslustig und auch eigensinnig gewesen war, mit dem Leben noch nicht abgeschlossen hatte, sondern ganz im Gegenteil noch Pläne für die Zukunft machte, wenn auch ihre Umgebung angeblich nichts davon wußte. Sie hatte als junge Frau kurz nach der Geburt des zweiten Kindes ihren Mann durch den Krieg verloren, seitdem ganz ihren Kindern gelebt und sich sexuell ganz neutral verhalten. Sie hoffte aber anscheinend immer noch auf eine zweite Ehe und darauf, noch einmal Kinder zu bekommen. Der oft erwähnte Vetter Ludwig, eine Jugendliebe, spielt dabei wohl eine große Rolle. Manche ihrer Äußerungen zeigen auch, daß sie zeitweise stark erotisch betonte Gedankengänge hat. Nun sieht sie sich auf einmal vor die Tatsache gestellt, daß sie ohne ihr Wissen und Wollen um die Fähigkeit, noch einmal ihrer weiblichen Bestimmung zu leben, gekommen ist und daß ihre Jugend unwiderruflich vorbei ist. Ihr Kummer und ihre Empörung darüber richtet sich im wesentlichen gegen die Ärzte und besonders gegen ihren Schwager als die vermeintlichen Urheber und Schuldigen an dieser Umkehrung ihres Daseins. Vielleicht spielt in ihren Verwirrungszuständen auch der Gedanke eine Rolle, daß man die Operation böswillig an ihr vorgenommen hätte, um sie an der Ausführung der Pläne, die sie beschäftigten, zu hindern. („.... jetzt haben sie mich angeführt!")

Körperlich ist nichts Besonderes zu finden. Das ganze Krankheitsbild zeigt schizophrene Züge mit zerfahrenem Rede- und Betätigungsdrang, Ideenflucht, katatonem Stupor, Unsauberkeit und so fort. Wenn man beachtet, daß die Patientin vor Jahren bei der Geburt des ersten Kindes einen kurzdauernden ähnlichen Zustand hatte, wie sie ihn im Anfang der jetzigen Erkrankung bot, so ist die Annahme berechtigt, daß bei ihr eine leichte Anlage zur Schi-

zophrenie vorliegt und durch die Kastration ein Schub ausgelöst wurde. Man könnte auch daran denken, den „manischen" Zustand im Krankenhaus dem ähnlich beschriebenen Zustand bei der Geburt gleichzusetzen. Dann wäre es erst durch das psychische Trauma bei Eröffnung der Tatsache der vollzogenen Kastration zu der sehr viel ernsteren und tiefgreifenderen Psychose gekommen. Sehr wahrscheinlich ist der psychische Chok der größere von den Faktoren, die den Anstoß zur Psychose gaben, wenn auch die Möglichkeit nicht bestritten werden kann, daß der körperliche Eingriff mit der damit verbundenen Gleichgewichtsstörung im endokrinen System und anderen traumatischen Folgezuständen dabei eine Rolle gespielt hat. Das langsame Einsetzen der Psychose aus einer verständlichen normalen Erregung heraus spricht mehr für die reaktive Herkunft, zumal körperliche Allgemeinsymptome bis auf einige Wallungen ziemlich unbetont bleiben.

Es folgen nun zwei Krankengeschichten, in denen neben der Depression auch die Hysterie eine gewisse Rolle spielt.

Fall III. Hedwig K. Hysterisch-neurasth. Bild nach einseitiger Ovarexstirpation und später folgender depressiv-hypochondrischer Verstimmung.

Die 35jährige Patientin wird der Psychiatrischen Klinik am 25. VIII. 1930 von der Medizinischen Klinik unter der Diagnose „Neuropathie, altes Ulcus duodeni" überwiesen.

Anamnese: Vor zwei Jahren Bauchoperation, bei der Blinddarm und ein Ovar exstirpiert worden sein soll (Indikation?). Vor einem Jahr Schmerzen in Rücken, Leib und Brust, sie glaubt, daß es der Magen war. Pfingsten 1930 Nervenzusammenbruch, sie war auf einmal ganz benommen, ganz schwach und konnte sich nicht mehr bewegen, hatte ein Kribbeln in den Händen, „als wenn es Ameisen wären". Der Körper war leblos und blau, der Verstand noch nicht ganz weg. Sie konnte alles wie aus weiter Ferne hören. Der Zustand dauerte 2—3 Stunden und wiederholte sich einige Tage später. Häufig hat sie Flimmern vor den Augen, hinterher bestehen Kopfschmerzen. Jetzt in der Klinik hatte sie wieder einen solchen Zustand. Sie macht sich viel Gedanken und Sorgen darüber, ob sie wieder gesund werden kann. Anfang des Jahres mußte sie ein Kolonialwarengeschäft aufgeben, da es sich nicht rentierte. Sie hat sich auch darüber sehr geärgert und viele trübe Gedanken gemacht. Hatte früher „viel mit den Nerven zu tun". Die Regel war immer regelmäßig, nach der Operation zeitweise gestört, jetzt wieder in Ordnung.

Befund: Habitus asthenicus, abgemagert. Niedrige Stirn, angewachsene Ohrläppchen, leichte Epicanthusfalte, zusammenstoßende Augenbrauen. Leichte Thyreoideavergrößerung. Tonus konstitutionell schlaff. II. Pulmonalton leicht akcentuiert. Suprasymphysäre Operationsnarbe. Lebhafte Reflexe, Tremor Manuum. Beim Romberg Lidzittern, sonst o. B.

Psychisch: Allgemein nervöse Schwäche. Neigung, sich gehen zu lassen, klag- und leidselig, labil, sensibel, erotisch betont.

Mitunter hat sie ein schweres dumpfes Gefühl im Kopf. Gibt an, in der Medizinischen Klinik auch einige Male Zittern der Hände und des ganzen Körpers gehabt zu haben. Auch während der Untersuchung feinschlägiger Tremor, der wohl psychogen bedingt ist.

2. IX. Sie läßt sich recht hängen und hat immer eine sich selbst bemitleidende wehleidige Miene.

18. IX.—3. X. Verlegung zur Frauenklinik wegen Ausfluß. Dort wird eine allgemeine Mattigkeit und Traurigkeit und einmal einige Tage ein besonders starker Depressionszustand beobachtet.

3. X. Wieder in der Psych. Klinik. Immer noch gehäufte Klagen über nervöse Beschwerden und Depressionszustände. Sie wird am 11. X. nach Haus entlassen und antwortet auf eine Anfrage am 28. X., daß über ihr Befinden nichts Erfreuliches zu berichten sei. Schon einige Tage nach ihrer Heimkehr sei ihr Nervensystem in einem Schwächeanfall völig zusammengeklappt. Sie erhalte seitdem dieselbe Behandlung wie in der Nervenklinik. Es sei seitdem etwas besser geworden und sie hoffe, doch noch einmal gesund zu werden. „Wenn Sie mir nicht Hoffnung gemacht hätten, würde ich die Flinte ins Korn werfen."

Es handelt sich bei der 35jährigen Patientin um einen nervösen Erschöpfungszustand mit hysterischem Einschlag. Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten, auffallend ist aber das gehäufte Zusammentreffen von Degenerationszeichen, Epicanthusfalte, angewachsenen Ohrläppchen, zusammenstoßenden Augenbrauen und niedriger Stirn. Wie weit der Zustand mit der Operation verknüpft ist, läßt sich schwer entscheiden, zumal nur ein Ovar entfernt wurde und die Menses nach anfänglicher Störung wieder normal sind. Die eigentliche Depression und der erste akute Anfall, der übrigens einem hysterischen Anfall außerordentlich gleicht, traten erst zwei Jahre nach der Operation auf. Man kann jedoch auf einen gewissen Zusammenhang zwischen Zustandsbild und Ovarexstirpation schließen, weil bei der erst 35 Jahre alten, also verhältnismäßig jungen Patientin manche Ausfallserscheinungen (Kribbeln, Flimmern usw.) auftreten, die man auf die Ovarexstirpation zurückführen könnte. Es könnte dann so sein, daß das verbliebene Ovar die Funktionen des exstirpierten zunächst übernommen hat und daß erst, nachdem es — vielleicht durch Erschöpfung — den Ansprüchen nicht mehr genügen konnte, die Psychose auftrat. Die ganzen Beschwerden können aber auch rein psychogener Herkunft sein, da die labile und sensible Frau durch einen Geschäftszusammenbruch kurz vor dem ersten (hysterischen) Anfall heftig beeindruckt war. Die Kranke, die sehr klage- und leidselig ist, zentrierte sich hypochondrisch ganz auf ihre Beschwerden und läßt sich sehr gehen. Auch während der Behandlung in der Frauenklinik fällt auf, daß das psychische Leiden im Verhältnis zum körperlichen überwiegt. Eine in der Frauenklinik auftretende Verstärkung der Depression läßt sich vielleicht unschwer mit der Angst vor einer neuen Operation erklären. Nachdem die Kranke dem beruhigenden Einfluß der Klinik entzogen ist, erleidet sie zu Hause wieder einen Nervenzusammenbruch.

Fall IV. Ida W. Kastrations-Depression, hysterische Züge.

Die 39jährige Patientin kommt am 9. I. 31 wegen allgemeiner starker Unruhe und heftiger Kreuz- und Rückenschmerzen in die Klinik.

Anamnese: Vater gesund, Mutter seit dem 45. Lebensjahr an Gicht und Rheuma gelähmt. Sonstige Familienanamnese o .B. Sie selbst war als Kind immer gesund, aber immer etwas schwächlich, leicht empfindlich und aufgeregt. Mit 13 Jahren Hüftgelenksentzündung, die 2 Jahre dauerte. Als junges Mädchen litt sie zeitweise an Schlaflosigkeit und mangelndem Appetit. Menarche mit 15 Jahren, immer regelmäßige Menses, die aber sehr stark und beschwerlich waren und 6—8 Tage dauerten. Mit 28 Jahren Heirat, ein Kind lebt und ist gesund. Mit 30 Jahren — ein Jahr nach der Geburt des Kindes — fing sie an, über Magenbeschwerden zu klagen, hatte in der linken Seite und im Rücken ziehende Schmerzen, oft Brechreiz und saures Aufstoßen. Sie wurde operiert, dabei wurde das re. Ovar entfernt. Die Beschwerden auf der linken Seite blieben gleich, die Schmerzen zogen über den Leib in die rechte Leistenbeuge. Mit 35 Jahren nochmalige Operation, wobei Verwachsungen gelöst wurden. Mit 37 Jahren dritte Operation. Dabei wurde auch das linke Ovar entfernt. Seit der Zeit keine Menses mehr. In den Fingerspitzen, besonders links Kribbeln und Kältegefühl, außerdem immer kalte Füße. Am Unterleib Brennen, in der Leistenbeuge „Hämmern". Sie ist sehr unruhig und niedergeschlagen und muß dauernd über ihren Zustand nachgrübeln. Sie glaubt, daß sie nicht wieder besser wird.

Befund: Nervenaustrittsstellen Trig. I, II u. III und Occ. angeblich massig druckschmerzhaft.

Kurzer Einstellungsnystagmus.

Streichen des Nackens angeblich links stärker empfunden als rechts.

P. S. R. sehr lebhaft. A. S. R. beiderseits gesteigert. Im übrigen Nervenbefund und Allgemeinzustand vollkommen o. B.

10. III. 31. Patientin klagt noch immer über Kreuz- und Leibschmerzen, die sich bis in die Waden hinunter und in der Wirbelsäule aufwärts bis zum Nacken ziehen. Mit ihrer inneren Unruhe ist es sehr viel besser geworden, trotzdem sie sich auch jetzt noch sehr zusammennehmen muß und leicht über ihren Zustand nachgrübelt. Dauernde Kopfschmerzen, die über den Augen am stärksten sind und über den ganzen Kopf ziehen.

25. III. Pat. wird auf ihren Wunsch gebessert in ambulante Behandlung entlassen. Sie ist bedeutend ruhiger geworden. Ihre Unterleibs- und Rückenbeschwerden haben nachgelassen.

In eingehenden Untersuchungen der Frauenklinik und der Medizinischen Klinik war außer Adhäsionen und einer chronischen Obstipation nichts gefunden worden.

Die 39jährige Patientin leidet an typischen Kastrationsbeschwerden, Parästhesien und Kältegefühl, Hämmern im Kopf und in der Leistenbeuge, Brennen im Unterleib usf. Sie scheint durch diese Unannehmlichkeiten, die andere Frauen als nicht zu umgehendes Übel mit Geduld ertragen, psychisch übernormal stark beeindruckt zu sein. Schon aus ihrer Jugend wird berichtet,

daß sie immer schwächlich und nervös, leicht empfindlich und aufgeregt gewesen ist. Die Tatsache, daß man sich erst nach der dritten Laparatomie entschloß, die Patientin endgültig zu kastrieren, nachdem man vorher versucht hatte, ihr wenigstens ein Ovar zu erhalten, läßt darauf schießen, daß auffallende Veränderungen größeren Ausmaßes an den Ovarien wohl nicht bestanden haben, zumal bei der zweiten Operation nur Adhäsionen beseitigt wurden und auch eine spätere Untersuchung nur das Bestehen von Adhäsionen ergab. Die Beschwerden vor der Operation können also zum größten Teil psychogener Herkunft sein. Es ist verständlich, daß die nach vollendeter Kastration auftretenden Allgemeinerscheinungen psychisch stärker empfunden werden, da nun zu den nach wie vor bestehenden hysterischen Beschwerden nun auch wirklich quälende körperliche Symptome hinzutreten. Außer einer chronischen Obstipation und Adhäsionserscheinungen ist kein pathologischer Befund zu erheben und doch ist die Patientin sehr unruhig und niedergeschlagen, grübelt dauernd über ihren Zustand nach und glaubt, sie würde nie mehr gesund. Die nun einmal nach Kastration auftretenden Erscheinungen werden überwertet. Auf psychische Behandlung und Gaben von Ovanorm, Belladonna und Diathermie besserte sich der Zustand bald soweit, wie bei der Psycholabilität der Patientin überhaupt eine Besserung zu erwarten war. Die Hauptursache an dem bestehenden Krankheitsbild ist in der psychischen Konstitution der Patientin zu suchen.

Es folgen zwei Krankengeschichten, die beide das Bild einer Depression zeigen:

Fall V. Wi. Schwerer hypochondrisch-neurasthenischer Depressionszustand nach Ovariektomie.

26. III. 31 vom Nervenarzt wegen Depressionszustandes eingewiesen.

Anamnese: Eine Schwester sehr nervös, sonst Familienanamnese o. B. Sie selbst war als Kind und in der Schulzeit immer gesund und kam in der Schule gut mit. Menarche mit 18—19 Jahren, die Menses waren immer mit sehr starken Beschwerden verbunden. Mit 19 Jahren Tonsillektomie, dann Hämorrhoidenentfernung, dann Lungenentzündung. Mit 24 Jahren Heirat. Sieben Schwangerschaften, davon drei Fehlgeburten in den ersten Monaten, 1 Fehlgeburt mit 7 Monaten (Zange, lebte 1 Tag), ein Kind starb mit 4 Jahren an Gehirnhautentzündung, eins bei der Geburt (eingekeilte Querlage), 1 Kind lebt und ist gesund. Vor 14 Jahren Mittelohrentzündung, vor 4 Jahren Magenbeschwerden, die auf ärztliche Behandlung verschwanden. Seit drei Jahren wird sie vom Nervenarzt wegen Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen behandelt. Anfang Dez. 30 bekam sie plötzlich Schmerzen in der linken Bauchseite, kurz vorher waren die Menses unregelmäßig geworden. Am 2. XII. 30 Operation, wobei der Blinddarm und 1½ Ovarien wegen Entzündung entfernt worden sein sollen. Seitdem klagt Patientin über dauernde innerliche Unruhe, Schlaflosigkeit, ein kribbelndes Gefühl in den Händen, das in den ganzen Körper, vom Leib bis in den Hals und die Aftergegend ausstrahlt, tauben,

rostigen Geschmack im Mund, dauerndes krampfhaftes Würgen und bitteres Aufstoßen, zeitweiliges Erbrechen, Flimmern vor den Augen, Blutandrang und wechselndes Hitze- und Kältegefühl. Der Stuhlgang war immer schlecht, sie hat keinen Appetit und quält sich das Essen an. Laut Bericht des einweisenden Nervenarztes entwickelte sich seit der Operation ein Depressionszustand mit Mutlosigkeit, ängstlicher Unruhe, Neigung zum Weinen, Schlaflosigkeit, Parästhesien im ganzen Körper, aufsteigender Hitze und leichtem Schwitzen. Pat. hat an nichts mehr Freude, weint viel und sitzt oft lange grübelnd da. Glaubt, sie würde nie wieder besser. Sie ist in letzter Zeit auch vergeßlich geworden. Sie war immer leicht aufgeregt, jedoch soll das in letzter Zeit besser geworden sein. Hat in den letzten drei Tagen nichts gegessen und dabei dauerndes Aufstoßen und einige Male Erbrechen. Besitzt Krankheitseinsicht und wünscht selbst Aufnahme.

Befund: Guter Kräfte- und Ernährungszustand. Die allgemeine und neurologische Untersuchung ergibt bis auf einen leichten Einstellungsnystagmus vollkommen normalen Befund.

12. IV. Patientin fühlt sich schon nach acht Tagen wohler. Außer Trockenheit im Hals keine Beschwerden. Sie hilft bei der Arbeit kräftig mit.

17. IV. 31. Die Depression ist wesentlich gebesert, eine allgemeine Beruhigung ist eingetreten. Sie wird, da sie sich subjektiv völlig beschwerdefrei fühlt, auf eigenen Wunsch in ambulante Behandlung entlassen. Die Therapie mit Ovoglandol und Klimakton soll fortgesetzt werden.

Die Patientin, die seit drei Jahren wegen Trigeminusneuralgie in fachärztlicher Behandlung steht, ist immer leicht aufgeregt gewesen. Ihre Schwester soll sehr nervös sein. Sie hat viele Krankheiten durchgemacht, in der Anamnese finden sich Mandelentzündung, Mittelohrentzündung, Hämorrhoidenoperation, Lungenentzündung, Magenbeschwerden und vor allem die lange Reihe der Fehlgeburten. Aus sieben Schwangerschaften lebt nur ein Kind. (Wa R?) Nachdem anläßlich einer Blinddarmoperation auch 1½ Ovarien wegen Entzündung entfernt wurden, stellten sich so ziemlich sämtliche Kastrationsbeschwerden ein, Parästhesien, Wallungen, Kältegefühl, Blutandrang, Geschmacks- und Geruchsempfindungen, Aufstoßen und Erbrechen. Dazu gesellt sich ein starker Depressionszustand. Patientin ist in mutloser, ängstlicher und gedrückter Stimmung, hat an nichts mehr Freude, weint und grübelt und glaubt nicht mehr an Gesundung. Bei der durch viele Krankheiten geschwächten und in ihrer körperlichen und geistigen Widerstandskraft geschädigten Frau wirken die nun außerordentlich stark einsetzenden Ausfallserscheinungen in überaus starkem Maße und die psychologisch erklärliche gedrückte Stimmung überschreitet die Grenzen des Normalen nach der depressiven Seite. Auf spezifische Hormonalbehandlung tritt bald Besserung der Ausfallserscheinungen ein und verschwindet auch die Depression.

Fall VI. Ida M. Verspätete Melancholia agitata postoperativa.

Die 51jährige ledige Patientin wird am 21. VII. 32 der Klinik überwiesen.

Anamnese: Familienanamnese o. B. Sie selbst ist nie geistig erkrankt gewesen. 1921 Operation wegen Brustkrebs. 1931 Unterleibsblutungen, deswegen im Juli 1931 Operation, bei der ein krebsartiges Gewächs entfernt wurde. Anschließend Rippenfellentzündung. Oktober 1931 zweite Operation, dabei sollen alle Unterleibsorgane entfernt worden sein. Nach der Operation erholte sie sich zunächst gut und konnte ihren Schneiderinnenberuf wieder ausüben. Bis dahin war sie völlig unauffällig und immer sehr fleißig und für ihre Geschwister zu allen Opfern bereit. Seit Mitte Mai 1932 litt sie an Angstzuständen und weinte sehr viel, besonders über berufliche Dinge. Dann stellte sich eine allmählich sich steigernde Unruhe ein. Nachs schlief sie schlecht und wandelte im Haus umher, tagsüber war sie unfähig zur Arbeit, klagte über Kopfschmerzen und ein Gefühl der Leere im Kopf. Sie redete unaufhörlich von ihrer Operation, durch die sie sich sehr versündigt habe. Ihre Krankheit sei erlogen gewesen, die Operation Unsinn, sie habe die Krankenkasse belogen und bestohlen und komme nun ins Zuchthaus. Die ganze Familie habe sie ins Unglück gebracht. Bei dem Besuch eines Bruders nahm sie anfangs keine Notiz von ihm und stand nicht einmal auf, dann lief sie verstört um die Mittagszeit im Hemd im Wohnzimmer umher. Beim Anblick des Bruders lief sie unter Weinen und Jammern ins Bett zurück. Später suchte sie unruhig in ihren Papieren und sagte: „Ich bin ein Verbrecher, ich muß alle meine Papiere vernichten, sonst kommt ihr alle ins Zuchthaus." Fremden gegenüber soll sie sich sehr zusammengenommen haben; wenn sie allein war, war sie ebenfalls ruhiger.

21. VII. Aufnahmebefund: Guter Allgemeinzustand. Reflexe beiderseits an den unt. Extr. sehr lebhaft mit Nachzittern des ganzen Beines beim P. S. R. und erschöpflichem Fußklonus beiderseits. Im übrigen Befund o. B.

Sie ist sehr lebhaft und unruhig, jammert und stöhnt: „Ich weiß nicht, was ich hier soll? Wer soll das nur bezahlen?" (Weswegen hat Ihr Bruder Sie her gebracht?) „Ich weiß es nicht. Sie jagen mich von einem zum andern und hier ist es erst recht verkehrt. Ich bin ein so unruhiger Geist und muß immer so hin und her laufen und toben." (Sind Sie denn krank?) „Nein, mir fehlt bestimmt nichts, nur läßt mir das Gewissen keine Ruhe, ich muß mir immer Vorwürfe machen über mein verpfuschtes Leben. Mein ganzes Leben habe ich zerrüttet." (Warum haben Sie denn nicht mehr gearbeitet?) „Ich konnte nicht mehr, ich kriegte einfach nichts mehr zustande. Ich habe alles schlüren lassen und habe mich nicht zusammengenommen. Mein Lehrmädchen ist nun nicht ausgelernt, dafür werde ich auch noch wohl bestraft werden."

Sie scheint dauernd unter Angst zu stehen, läuft in großer Unrast im Zimmer auf und ab, stöhnt und zittert an allen Gliedern. Sie ist völlig orientiert. Ihren Zustand habe sie zuerst bemerkt, als sie vor einem Vierteljahr den Haushalt ihrer Schwester führen mußte, weil diese krank war. Sie habe alles verkehrt gemacht. „Ich rede lauter Unsinn. Immer bilde ich mir ein, die Polizei ist hinter mir her, weil ich das Mädchen nicht ausgelernt habe. Ich bin ganz bei Verstand und rede doch alles durcheinander."

Sie gibt dann noch an, daß sie manchmal im rechten Ohr eine ganz hohe Stimme höre, die „Ida“ sage. Sie wisse nicht, ob die Stimme in Wirklichkeit da sei, sie gleiche ganz der Stimme ihres verstorbenen Bruders. Sie hört die Stimme oft, wenn sie abends im Bett liegt. Andere Worte sage die Stimme nie, sie scheine es gut mit ihr zu meinen.

In der Folgezeit dauernd dasselbe Bild. Sie ist unruhig, jammert über dieselben Themen, will weg, verweigert die Nahrung und ist zeitweise so unruhig, daß sie isoliert werden muß. Sie ist sehr ängstlich. Eine andere Patientin sieht sie zeitweise als ihre Nichte an.

29. VII. Unruhig, ängstlich, glaubt sich verfolgt. „Laßt mich nicht sterben, erst will ich alles gut machen. Immer bin ich schlecht gewesen, jetzt läßt mir mein Gewissen keine Ruh.“ Sträubt sich beim Waschen und Essen, wehrt ab und schlägt um sich. Wird wieder isoliert. Wenn sie eine Zeitlang allein ist, beruhigt sie sich. Vollkommen orientiert.

19. VIII. Seit einigen Tagen besonders unruhig, anscheinend Verschlechterung seit einem Besuch der Angehörigen. Äußert Selbstmordabsichten und verweigert die Nahrung.

28. VIII. Ruhiger, weint nicht mehr so viel und hält sich bei den anderen Patienten auf.

9. IX. Immer noch weinerlich. Beschuldigt sich selbst, daß sie gar nicht arbeite, macht aber nie den Versuch, eine Arbeit anzufangen.

19. IX. Langsame Besserung, arbeitet etwas.

26. IX. Hat einen Tag Urlaub zum Bruder. Freut sich sehr. „Es ist alles so verändert in der Stadt, ich weiß gar nicht, wie, so unordentlich, gar nicht mehr wie früher.

25. XI. Lacht außergewöhnlich viel, zerreißt Wäsche und sagt: „Das habe ich nicht aus Wut getan, ich mußte das tun, warum, das weiß ich nicht. Es ist zum Lachen, wie komme ich eigentlich dazu?“

3. XII. Bedeutend ruhiger, war zum Bruder beurlaubt. Bleibt nachher ruhig und bittet um Arbeit.

12. XII. Weiterhin Besserung. Freundlich, ruhig, hilfsbereit. Wünscht, nach Haus zu gehen.

13. I. 33. Gebessert entlassen.

Die Anfänge der Erkrankung, die bei der 51jährigen Patientin zur Kastration führten, liegen 10 Jahre vor Ausbruch der Psychose. Zuerst wurde eine Operation wegen Brustkrebs vorgenommen, die die Patientin ohne stärker eingreifende Folgen überstand. Sie hatte lange Jahre Ruhe, bis sich nach 10 Jahren doch noch Metastasen im Unterleib entwickelten und eine krebsartige Geschwulst entfernt werden mußte. Die Operation war jedoch nicht radikal genug, so daß nach einigen Monaten eine Totalexstirpation vorgenommen werden mußte. Auch diese wurde zunächst gut ertragen, insofern die Kranke sich sehr gut erholte. Erst sieben Monate später veränderte sich das geistige Zustandsbild.

Zunächst leidet sie an allgemeiner Unruhe und Arbeitsunlust, dann hat sie Angstzustände und Versündigungsideen, die

sich auf die Operation, ihren Beruf und ihre Arbeitsunfähigkeit beziehen. Sie jammert darüber, daß sie nicht arbeiten könne, macht jedoch keinen Versuch, zu arbeiten. Dabei ist sie orientiert und sieht auch zeitweise die Grundlosigkeit ihrer Klagen ein. Dann treten Verfolgungsideen, Nahrungsverweigerung und starke motorische Unruhe dazu und schließlich mischen sich in das melancholisch-agitierte Zustandsbild noch schizophrene Züge, Stimmenhören und Personenverkennungen. Nach einer nochmaligen Steigerung der Unruhe mit Selbstmordideen tritt dann langsame Beruhigung und Rückkehr zum Normalzustand ein, so daß sie nach fünfmonatiger Behandlung geheilt entlassen werden kann.

Aus der Krankheitsgeschichte ist nicht klar ersichtlich, ob sich die Patientin bei der Kastration schon im Klimakterium befand, immerhin ist auffällig, daß erst nach der dritten Operation, bei der die Ovarien entfernt wurden, eine geistige Veränderung auftrat. Andererseits liegt zwischen Kastration und Ausbruch der Psychose ein Zwischenraum von sieben Monaten. Eine Wirkung auf das System der hormonalen Drüsen, wie sie die plötzliche schlagartige Veränderung durch die Kastration bei einer jüngeren Frau mit sich bringt, ist in diesem Fall nicht zu erwarten. Vielleicht kann durch die lange Dauer der krebsartigen Erkrankung ein Einfluß auf den Stoffwechsel stattgefunden haben. Die zunächst auftretenden Versündigungsideen sind bei einer Frau, deren Leben Arbeit und Mühe war, noch psychologisch verständlich und nur überwertet, später wird das Bild unverständlich. Ein psychologischer Zusammenhang der geistigen Störung mit der Tatsache der Kastration an sich, mit der Umstellung des körperlichen und seelischen Daseins ist bei der einundfünfzigjährigen unverheirateten Patientin wohl nicht zu erwarten.

Zum Schluß sei noch eine Krankengeschichte angeführt, die zwar aus dem Rahmen der bisherigen fällt, bei der aber doch die — wenn auch vor langen Jahren ausgeführte — Kastration ein ätiologisches Moment bildet.

Fall VII. Klara G. Schizoider Charakter, Frühkastration, hysterische Erregungszustände als Reaktion auf komplizierte Eheverhältnisse.

Die 33jährige Patientin wird am 11. IX. 1933 der Klinik überwiesen. Sie ist mit ihrem Stiefbruder verheiratet. Der Vater der Patientin soll bis zur Tobsucht leicht erregbar gewesen sein. Sie selbst war immer sehr nervös, besonders seit einer Unterleibsoperation im Jahre 1925, bei der eine Totalexstirpation des Uterus und beider Ovarien vorgenommen worden sein soll (Indikation?). Seitdem keine Menses mehr. Im Jahre 1926 verheiratete sie sich mit ihrem Stiefbruder. Die Ehe soll glücklich sein, aber beim Geschlechtsverkehr hat sie Schmerzen. Anfang September 33 wollte der Mann ein Kind annehmen, seitdem ist sie psychisch verändert. Sie macht sich Vorwürfe, daß sie ihrem Mann keine richtige Frau sein kann, zweifelt an seiner Treue, jammert laut und kann zu Haus nicht

mehr gehalten werden. Bei der Aufnahme ist sie äußerlich geordnet, jammert aber laut und ergeht sich in anhaltenden Selbstanklagen: sie sei ein verworfenes Geschöpf und habe große Schuld auf sich geladen, dadurch, daß sie ihren Stiefbruder geheiratet habe, obwohl sie keine Kinder bekommen könne, da sie vor der Ehe am Unterleib operiert worden sei. Ihr Mann entbehre Kinder, das habe sie gemerkt, als er vor einer Woche ein Kind habe annehmen wollen und sich sehr darüber gefreut habe. Sie sei eben eine minderwertige Frau und müsse das jetzt büßen. Es gelingt nicht, diesen Redeschwall zu unterbrechen. Sie hebt theatralisch die Hände, jammert, rauft sich die Haare, kniet auf dem Boden. Körperlich guter Allgemeinzustand, hochgerötetes Gesicht. Muß wegen Unruhe isoliert werden.

12. X. Theatralische Gebärden. „Das kann doch gar nicht wahr sein, ich bin doch ganz klar, ich will doch nicht, daß mein Mann leidet, weil ich ihn hochachte. Mein Kind habe ich doch nicht umgebracht, wie sollte ich das tun." Sie erzählt dann nach längerer Zeit, sie habe gehört, wie ein Mann, der ihr begegnete, sagte: „Schlächter". Sie habe das auf sich bezogen, sie glaube, daß das Kind, das sie angenommen habe, tot sei. In den letzten Tagen sei zu Haus alles so eigenartig gewesen, sie könne sich nur erinnern, daß sie furchtbare Angst gehabt habe. Sie sei schlapp und willenlos gewesen, habe oft über Schmerzen im Leib geklagt. Dann wird die Redeweise zerfahrener, sie spricht bald von ihrem Mann, dann von dem Kind, dann von Mutter und Schwägerin. Immer wieder kommt sie auf ihre Angst zu sprechen, darauf, daß ihr Mann ihr nicht treu sei und so fort. Der eigentliche Kern ihrer Klagen ist nicht zu fassen, da sie sich in schauspielerischen Gesten verzettelt und niemals Antworten gibt. Man hat oft den Eindruck, daß sie sich in ihrer theatralischen Rolle gefällt.

25. X. Keine Änderung. Sie muß isoliert werden. Immer wieder dieselben Klagen über ihren Mann, ihre Schuld an dem Kind, über die Operation und ihre Unfruchtbarkeit. Es sei ein Fluch, daß sie den Stiefbruder geheiratet habe. Sie sei eine minderwertige Frau. Dabei nimmt sie hysterische Stellungen und Haltungen ein. Bei Beobachtung steigert sie sich in maßlose Erregung, kreischt und brüllt. Sie stoppt ab, wenn sie energisch angefaßt oder isoliert wird. Nachts ist sie bald unruhig, laut und erregt, stört und singt, bald ängstlich verstört. Zeitweise verweigert sie die Nahrung und muß mit der Sonde gefüttert werden. Oft hat sie Todesangst und meint, sie müsse sterben.

2. XI. Wechselndes Zustandsbild. Meist zugänglich, so daß eine Unterhaltung möglich ist. Sie sei minderwertig, könne keine Kinder kriegen, ihr Mann sei unglücklich, er habe Kinder gern. Seit er ein Kind angenommen habe, lebe sie in der Furcht, nun weniger beachtet zu werden.

19. XI. Wird gebessert nach Haus entlassen, freut sich sehr darüber und ist psychisch unauffällig.

In diesem Fall setzt im Anschluß an die Kastration, die in jungen Jahren — die Patientin war damals erst 25 Jahre alt — vorgenommen wurde, wohl eine erhöhte Nervosität, aber keine Psychose ein. Diese bricht erst nach 10 Jahren aus, nachdem sich in der Ehe mit ihrem Stiefbruder, die sie ein Jahr nach der Operation eingeht, eine Menge psychologischer Momente ergeben,

die die ohnehin nervöse und vorbelastete Frau — der Vater litt an Tobsucht — in einen Zustand erhöhter Reizbarkeit versetzten. Zweifellos liebt sie ihren Mann und leidet darunter, daß sie ihm keine Kinder schenken kann, besonders, nachdem sie erkennt, daß ihr Mann Kinder gern hat. Sie hält sich für minderwertig und glaubt ihren Mann unglücklich zu machen. Sie fragt sich, ob er ihr unter diesen Umständen treu sein könne. Als ihr Mann nun ein Kind annehmen will, fürchtet sie, wie sie später selbst sagt, nun weniger beachtet zu werden. Soweit sind ihre Gemütsbewegungen psychologisch voll verständlich. Verständlich ist auch die folgende hysterische Reaktion. Aber dann mischen sich in das Zustandsbild unverkennbar schizoide Züge. Sie bezieht Äußerungen auf sich, die ihr nicht gelten, glaubt, man würfe ihr mit dem Wort „Schlächter" vor, sie habe das Kind getötet, glaubt es schließlich selbst und leidet unter Angst und Schuldgefühlen. Später wird das Zustandsbild wieder ausgesprochen hysterisch mit theatralischer Färbung. Die Psychose scheint dann abzuklingen. In diesem Fall spielen die somatischen Veränderungen, die die Kastration nach sich zog, bei der Auslösung der Psychose sicher keine wesentliche Rolle, wenn nicht die, daß durch den Eingriff die allgemeine Widerstandskraft der Patientin geschwächt wurde. Die psychologischen Voraussetzungen der Psychose führen sich aber zum größten Teil auf die Kastration zurück, so daß wir auch hier einen Fall sehen, in dem die Folgeerscheinungen der Kastration, die hier wesentlich psychologischer Natur sind, zur Psychose geführt haben.

Beim Vergleich der Zustandsbilder der sieben angeführten Fälle fällt auf, daß sechs von ihnen eine depressive Färbung oder doch wenigstens ein zeitweise drepressiver Einschlag gemeinsam ist. Nur im Fall I, Anna Th., der auch in anderer Hinsicht gänzlich abweicht, zeigt sich ein mehr maniformer Erregungszustand ohne besondere Färbung der Stimmungslage. Bei den depressiven Zuständen handelt es sich aber nur einmal (F. V., Wi.) um eine ausgesprochene Depression mit ängstlicher Unruhe, Weinen und Grübelsucht. Auch in den anderen Fällen stehen vielfach depressive Zustände, Weinen und Jammern und insbesondere Angstzustände im Vordergrund, jedoch kommen Erscheinungen dazu, die eine Einordnung in den rein depressiven Formenkreis verbieten. Unverkennbar hysterischen Einschlag haben die Fälle III, IV und VII (Hedwig K., Ida W., Klara G.), insbesondere zeigt der Fall Ida W. eine ziemlich rein hysterische Reaktion auf die Beschwerden nach der Kastration, die auch wohl bei den Folgeerscheinungen des normalen Klimakteriums eingetreten wären. Auch im Fall VII ist eine Flucht in die Hysterie bei der komplizierten Struktur der Eheverhältnisse verständlich und tritt in manchen Äußerungen der Patientin klar zu Tage. Beim Fall II, Else F., würde eine hysterische Reaktion gut erklärlich sein, die Folgeerscheinungen gehen aber weit über das Bild der Hysterie hinaus. Es zeigt sich hier unzweifelhaft eine schizophrene, zeitweise auch katatone

Färbung, wie ja auch die vorhergehende ähnliche Erkrankung bei der Geburt des Kindes an einen, durch den Eingriff und seine körperlichen und seelischen Folgen ausgelösten schizophrenen Schub denken lassen muß. Schizoide Züge zeigen sich ebenfalls in dem hysterisch gefärbten Fall VII, Klara G. („Schlächter", Mordbeschuldigungen) und in dem sonst rein melancholisch-depressiv erscheinenden Fall VI, Ida M. (Stimme im Ohr). Eine direkte Verbindung der Krankheitsäußerungen mit den durch die Kastration im Körper hervorgerufenen einschneidenden Veränderungen in Form von Minderwertigkeitsgefühlen findet sich eigentlich nur in den Fällen II und VII (Else F. und Klara G.), direkt erotischen Einschlag zeigt nur der Fall II und angedeutet der Fall VII.

Die Familienanamnese ergab viermal keinen verwertbaren Befund oder war ohne Besonderheiten, einmal findet sich bei dem hysterischen Zustandsbild der Patientin Ida W. (F. IV) die Angabe, daß die Mutter gelähmt sei, ob dabei die Hysterie eine Rolle spielt, ist nicht festzustellen. Eine Schwester der Patientin Wi. (F. V.) soll nervös sein, der Vater der Klara G. (F. VII) war bis zur Tobsucht erregbar. Die Eigenanamnese ergibt, abgesehen vom Fall I (Anna Th.), bei dem sich in der Anamnese nur Kopfschmerzen und Schwächezustände finden, übereinstimmend die Angaben, daß die Patientinnen schon immer nervös waren. Die Patientin Ida W. (F. IV) war immer leicht empfindlich und aufgeregt, ebenso die Patientin Wi. (F. V). Stigmata degenerationis fanden sich bei der Patientin Hedwig K. (F. III).

Auch rein körperlich ergibt die Anamnese vielfach belastende Momente. So hat die Patientin Hedwig K. viel Krankheiten durchgemacht, Ida W. war immer schwächlich, Wi. war viel körperlich krank, Ida M. wurde oft operiert und Anna Th. war oft körperlich krank. Dreimal findet sich die Angabe, daß die Menses mit Beschwerden verbunden waren. Verheiratet oder verheiratet gewesen waren mit Ausnahme der Ida M. alle Patientinnen. Kinder waren in 4 Fällen vorhanden. Bei der Patientin Wi. ist die große Zahl der Fehlgeburten und gestorbenen Kinder bemerkenswert, von sieben Geburten lebt nur ein Kind. Das Alter, in dem die Operationen vorgenommen wurden, schwankte zwischen 26 und 50 Jahren, eine gewisse Häufung zeigt sich für den Ausbruch der Psychosen im Alter zwischen 33 und 39 Jahren, was aber bei dem geringen Umfang des vorliegenden Materials nur mit Vorbehalt verwertet werden kann. Bei den Operationen handelt es sich fünfmal um Totalexstirpationen des Uterus mit den Adnexen, in einem Fall wurde ein halbes Ovar zurückgelassen. In einem Fall kam es nach Exstirpation nur eines Ovars zu einer leichten Depression (F. III Hedwig K.). Der Zeitpunkt, an dem nach der Operation die Psychose manifest wird, schwankt in den weitesten Grenzen. Einmal bricht drei Tage nach der Operation ein Erregungszustand aus (F. I), einmal kommt es

erst sieben Jahre nach der Kastration, als neue, aber in psychologisch verständlichem Zusammenhang damit stehende Momente dazu traten, zu einer Psychose. In den anderen Fällen dauert es bis zum Ausbruch der Psychose 10 Tage, 2, 4 oder 6 Monate und einmal zwei Jahre.

Der körperliche Befund war bei der Aufnahme im allgemeinen ohne Besonderheiten, auch der neurologische Befund ergab bei fünf Patientinnen keine Abweichungen. Einmal (F. IV, Ida W., Hysterie) fanden sich sehr lebhafte bis gesteigerte Reflexe an den Beinen, Druckempfindlichkeit der Nervenaustrittsstellen und Einstellungsnystagmus. Bei der Patientin Ida M. (F. VI) ergaben sich lebhafte Reflexe an den Beinen, Nachzittern beim P.S.R. und Fußklonus. Hedwig K. (F. III) hatte eine leichte Thyreoideavergrößerung. Die Behandlung bestand im wesentlichen in Psychotherapie und Ovarialhormontherapie. Die Behandlungszeit erstreckte sich durchschnittlich über zwei Monate, die Patientin Ida M. wurde 5 Monate behandelt und im Fall Anna Th. trat nach einigen Tagen der Exitus ein. In den anderen Fällen endete die Behandlung immer mit einer wesentlichen Besserung oder mit Heilung.

Aus diesem Vergleich ergibt sich, daß die hervorstechendste Gemeinsamkeit der Kastrationspsychosen eine depressiv-ängstliche Färbung ist, und daß der hysterischen Veranlagung eine besondere Bedeutung für die Auslösung einer Kastrationspsychose zukommt. Gemeinsam ist ferner die Tatsache, daß es sich bei den Patientinnen meist um Persönlichkeiten handelt, die schon immer nervös waren.

Pathogenese der Psychosen nach Kastration.

Bei der Betrachtung der einzelnen Bedingungen, die bei den Fällen, wo nach Kastration eine Psychose auftritt, als Ursache in Frage kommen, muß man zwischen den biologischen und psychologischen Komponenten unterscheiden. Wohl selten findet sich eine einzelne klar umrisene Ursache somatischer oder psychischer Art, die eine Kastrationspsychose hervorruft, meist wird eine Mischung und Häufung der verschiedensten ätiologischen Momente vorhanden sein. Eine scharfe Trennung der einzelnen Bedingungen ist jedoch bei Besprechung der Ätiologie der Kastrationspsychosen notwendig.

a) Somatische Grundlagen:

Somatologisch betrachtet können zwei Wege in Betracht kommen, wie die Kastration zur Psychose führen kann. Einmal könnte der schwere Eingriff als solcher und die mit ihm verbundenen Umstände zu einer Psychose führen. Hier wäre dann der Zusammenhang grundsätzlich derselbe wie bei jedem erheblichen operativen Eingriff, d. h. es entsteht dann die postoperative Psychose im Sinne Kleists, zum andern könnte durch den Eingriff in den normalen Ablauf der innersekretorischen Körpervorgänge,

der zur Entfernung der Ovarien führt, eine Psychose ausgelöst werden. Kleist fordert für den Begriff „postoperative Psychose" eine scharfe Trennung von all den Fällen, in denen durch die Operation innersekretorische Störungen gesetzt werden. Bei Betrachtung der Kastrationspsychosen ist es in den meisten Fällen nicht angängig, ebenso scharf von den rein durch die Kastration bedingten Psychosen nun die anderen zu trennen, bei denen zwar eine Kastration vorgenommen wurde, die folgende Psychose aber mehr oder weniger durch die Operation als solche bedingt ist. Eine solche Feststellung und Trennung ließe sich nur im einzelnen Falle unter großen Schwierigkeiten machen, denn ein Eingriff in die Funktionen der inneren Sekretion erfolgt in jedem Fall und bei einer Kastration handelt es sich um eine so schwere Operation, daß die Voraussetzungen für eine rein postoperative Psychose ebenfalls gegeben sind.

Kleist hält die postoperativen Psychosen im wesentlichen für ein Erschöpfungssyndrom. Damit verbunden sollen typische Abbauprodukte, intermediäre Stoffwechselprodukte und toxische Substanzen mit anaphylaktischen Erscheinungen auftreten, die den Ausbruch einer Psychose begünstigen und beeinflussen. Er spricht von einer postoperativen Psychose nur dann, wenn eine Infektion, eine innersekretorische Störung oder eine medikamentöse Vergiftung ausgeschlossen ist. Der Fall I (Anna Th.) nähert sich von den beschriebenen Fällen am meisten diesen Forderungen. Wenn nun auch die Erschöpfung allein wohl kaum ausreicht, um den Ausbruch einer Psychose zu veranlassen, so finden sich doch im Laufe der Krankheit und der Operation eine Reihe von Momenten, die durch Schwächung der allgemeinen Widerstandskraft den Ausbruch begünstigen können oder den Boden, auf dem sie entsteht, vorbereiten, ganz abgesehen davon, daß es sich vielfach — wie auch aus den beschriebenen Fällen hervorgeht — um Menschen von allgemein schwächlicher Konstitution ohne große Widerstandskraft handelt, die zudem noch oft viel Krankheiten und Operationen durchgemacht haben, geht einer Kastration meist eine Krankheit voraus, die schon ihrem ganzen Wesen nach geeignet ist, den Allgemeinzustand der Patientinnen zu schwächen. Die Operation an sich ist ein schwerer Eingriff, Blutverlust, Narkosewirkung und Intoxikation durch Medikamente und Antiseptica sind weitere schwächende Momente. Im Anschluß an die Operation kann es zur Stuhlverhaltung mit Autointoxikation kommen, wenn nicht, wie im Fall Anna Th., sogar eine Peritonitis mit ihren schädlichen Folgeerscheinungen einsetzt. Diese allgemein schwächenden Tatsachen und Geschehnisse sollen hier nur kurz gestreift werden.

Wesentlich wichtiger für den Sammelbegriff „Kastrationspsychose" ist der durch die Operation vollzogene Eingriff in die innere Sekretion. Leider sind wir trotz aller Fortschritte in der Erforschung dieses Gebietes noch sehr auf Vermutungen angewiesen. Wenn auch im einzelnen die Wirkung der Hormone weitgehend erforscht ist, die inneren Zusammenhänge und die Art ihres gegenseitigen Ineinanderwirkens ist noch ziemlich unklar. Es steht jedenfalls fest, daß durch den Ausfall einer Drüse

oder durch die Störung ihrer Tätigkeit nicht nur die spezifische Sekretion dieser Drüse aufgehoben oder verändert wird, sondern darüber hinaus bestehen gesetzmäßige Wechselbeziehungen (Fischer) zwischen den Drüsen mit innerer Sekretion, so daß durch die Erkrankung einer Drüse auch die andere in ihrer Wirkung gestört wird. Es kommt nach Fischer bei Ausfall einer Drüse zu einer Neueinstellung des ganzen innersekretorischen Systems, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen. Objektiv sieht man nach Kastration als auffallendste Folgeerscheinung das Sistieren der Menses. Wenn nun, wie manche Autoren annehmen, die Menstruation nicht nur die Reinigung des Uterus von der zur Einbettung eines befruchteten Ovulums vorbereiteten Schleimhaut, die durch das Nichteintreten der Befruchtung überflüssig wurde, bedeutet, sondern darüber hinaus eine Bedeutung als monatliche Entlastung und Reinigung des Stoffwechselgetriebes des ganzen Körpers hat, dann könnte es möglich sein, daß durch die vorzeitige Unterbindung der Menses eine für den Körper unbedingt notwendige Reinigung unterbliebe und sich auf die Dauer Stoffe im Körper ansammelten, die toxische Wirkung haben. So glaubt Aschner an eine Autointoxikation und hält auch den Begriff „Ausfallserscheinungen" für irreführend. Man müsse von einer Retentionstoxikose sprechen. Bemerkenswert ist im Zusammenhang damit die bisher ungeklärte Tatsache, daß die Ausfallserscheinungen nach Markuse geringer sind, wenn der Uterus mitentfernt wird. Auch bei Werth und Mandl-Bürger liegen die Prozentzahlen bei Hysterektomie um 33 % für ungünstige psychische Veränderungen, während sich aus den Statistiken von Pfister, Glävecke und Mandl-Bürger für ovarielle Kastration eine Prozentzahl von rund 44 % für psychisch ungünstige Veränderungen ergibt. Man kann im Zusammenhang damit daran denken, daß der Uterus auch nach Entfernung der Ovarien mit dem Corpus luteum noch weiter als Bildungs- oder Sammelstätte toxischer Stoffwechselprodukte fungiert. Immerhin ist diese These fraglich. Nach verschiedenen Autoren sind die Ausfallserscheinungen jedenfalls besonders stark zur Zeit der fälligen Menses. Bemerkenswert ist auch, daß die Intensität und Extensität der Beschwerden vom Alter der Patientinnen abhängt (Aschner); je näher die Kastration der natürlichen Menopause ist, desto geringer sind die krankhaften Erscheinungen. Man könnte daran denken, daß unabhängig von den Funktionen des Corpus luteum noch eine weitere regelmäßige Beeinflussung des Stoffwechsels durch ein bisher unbekanntes weiteres Hormon besteht, die zur Zeit des normalen Klimakteriums aus allgemein involutiven Gründen aufhört.

Man sieht nach Kastration (Menge-Opitz, Lewandowski) Hyperplasie der Thyreoidea und des Hypophysenvorderlappens. Marassini und Theodassiew (zitiert nach Lewandowski) sahen nach experimenteller Kastration Hypertrophie der Nebennierenrinde. Nach Hammar (zit. n. Lewandowski) gibt es Thymusdepressoren und -excitatoren. Die Ge-

schlechtsdrüse soll, wie aus Sektionsbefunden hervorgeht, ein Thymusdepressor sein. Szenes, Palaguvy und Altmann (zit. n. Delius) sahen bei ovarieller Dysfunktion durch Bestrahlung der Hypophysengegend gute Erfolge. Der nach Kastration auftretende Fettansatz ist nicht unbedingt Kastrationsfolge und nach Schickele evt. bedingt durch den ruhigeren Lebenswandel, die Temperamentsänderung und die geringere Arbeitsleistung. Er glaubt, daß das Sistieren der Ovarialfunktion eine besondere Bedeutung für den Blutdruck hat und daß eine der Hauptursachen für die Ausfallserscheinungen eine vorübergehende Blutdrucksteigerung ist. Die Permeabilität der Blut-Liquorschranke ist nach Sellheim gesteigert. Im Blutbild selbst zeigen sich nach Kastration keine Veränderungen (Schickele).

Das Wesentliche für den Ausbruch psychischer Störungen scheint also nicht der Ausfall einzelner Hormone zu sein, sondern die durch den Ausfall hervorgerufenen Veränderungen im normalen Spannungszustand und Gleichgewicht des gesamten Drüsenhaushalts. Nach Sellheim ist es kein Zweifel, daß die Veränderungen und Störungen der inneren Sekretion zum guten Teil für die Anomalieen der nervösen und psychischen Vorgänge verantwortlich sind, auch Delius hält es für möglich, daß eine Dysfunktion der Ovarien und Störung ihrer inneren Sekretion zu Psychosen führen kann. Sjöbring (zit. n. Delius) glaubt, daß die Drüsen mit innerer Sekretion sehr wenig Wirkung auf das Gehirn hätten. Das Gehirn sei im allgemeinen unabhängig von den Drüsen, nur die Gleichgewichtslage sei wichtig. Eine Hyper- oder Hypofunktion bestimmter Drüsen könne keine schwereren organischen Psychosen hervorrufen, doch könnten solche bei Dysfunktion entstehen. Nach Fischer muß man daran denken, daß die innere Sekretion auch eine periphere Schutzvorrichtung für die Psyche darstellt, die bei exogenen Schädlichkeiten in Kraft tritt.

Eine Sonderstellung unter den nach Kastration auftretenden Psychosen nehmen diejenigen ein, bei denen die Kastration durch Röntgenbestrahlung der Ovarien herbeigeführt wird. Fuchs findet in der Röntgenmenopause auffallend wenig Veränderungen des psychischen Gleichgewichts. Er sah nur bei 7—10 % seines Materials eine Veränderung der Stimmungslage, meist in depressiver Richtung, die aber alle von einer Psychose weit entfernt waren. Auch in anderen Statistiken findet sich nach Röntgenbestrahlung nur ein Prozentsatz von 10—14 % psychisch ungünstig veränderter, während er, wie bereits angeführt, bei ovarieller operativer Kastration bei rund 44 % liegt. Dazu ist zu bemerken, daß bei der Röntgenbestrahlung die exogenen Schädlichkeiten der Operation und die psychologischen Wirkungen des Operationsgeschehens wegfallen. Die Bestrahlung verläuft in für den Patienten fast eindrucksloser Form, gemessen an den Eindrücken einer Operation. Die Abtötung der Ovarien geschieht langsamer und schonender als bei operativer Kastration, die Möglichkeit, daß ein Funktionsrest der Keimdrüse bestehen bleibt, ist vorhanden. Feldweg glaubt, daß zwischen dem durch Röntgenbestrahlung

hervorgerufenen und dem natürlichen Klimakterium kein Unterschied besteht. Witzleben sah nur bei einem kleinen Prozentsatz der röntgenbestrahlten Fälle ernsthafte Schädigungen, indessen empfiehlt er Vorsicht bei Psycholabilität und vegetativer Stigmatisation. In diesem Sinne gedeutet werden könnte die Tatsache, daß sich im Material der Psychiatrischen Klinik in Münster kein Fall findet, in dem nach Röntgenkastration eine Psychose aufgetreten ist. Delius hält es immerhin für möglich, daß durch Röntgenbestrahlung der Ovarien Dysfunktion derselben auftritt. Weiterhin sei es möglich, daß aus einer Dysfunktion der Ovarien eine Psychose entstehe, also sei es auch möglich, daß Röntgenbestrahlung der Ovarien zur Psychose führen könne. Eine ursächliche Bedeutung können bei Röntgenbestrahlung die durch die zerfallenden Geschwulstteile, die ja im Gegensatz zur operativen Kastration im Körper bleiben, evt. entstehenden toxischen Stoffwechselprodukte haben. Außerdem können weitere unbeabsichtigte Strahlenschädigungen (Zerfall roter Blutkörperchen usw.) auftreten, die toxische Wirkung haben können.

Zum größten Teil treten die rein körperlichen Erscheinungen, die man nach Kastration sieht, auch im normalen Klimakterium auf, so daß sie von allen Frauen ertragen werden müssen. Aber nur bei einer verhältnismäßig kleinen Zahl kommt es zu schweren Störungen des psychischen Gleichgewichts. Neben den somatischen Faktoren müssen dabei andere, nämlich psychologische, noch eine Rolle spielen.

b) Psychologische Grundlagen:

Lange Zeit hat man der inneren Sekretion und den exogenen Schädigungen der Operation die Hauptrolle bei psychischen Störungen im Klimakterium und nach Kastration zugeschrieben; erst F. Kehrer machte darauf aufmerksam, „daß doch mit der endokrinen Wirkung der klimakterischen Körpervorgänge auf das Gehirn keineswegs der Zusammenhang zwischen Menopause und Seelenleben erschöpfend umrissen ist". Ihm erscheint das Klimakterium als biologischer Vorgang einerseits und als psychologische Situation andererseits. Die psychologische Situation nach Kastration ist ungleich komplizierter und belasteter als die im normalen Klimakterium, sie wird bei der Auslösung von Geistesstörungen auch eine weit größere Rolle spielen, als während der Wechseljahre.

Ganz abgesehen davon, daß die Frauen oft viel weicher, empfindlicher und reaktiv ansprechbarer sind als die Männer, ist nach Sellheim ihre Vorausbelastung mit den ihnen eigentümlichen Generationsvorgängen eine so große, daß dadurch der Boden für psychische Alterationen in einem hohen Grade geschaffen ist. Zweifelsohne trägt gerade die Belastung durch die Generationsvorgänge, durch den Wechsel der Menses, durch Mutterschaft und Puerperium, dazu bei, daß man unter Frauen so viele psychasthenische Konstitutionen findet. Abgesehen wiederum von diesen für

die heutige Zeit fast normalen Konstitutionstypen findet man unter den an einer „Kastrationspsychose" erkrankten Patientinnen eine sehr hohe Anzahl von Frauen, die mit pathologischen seelischen Konstitutionsanomalien behaftet sind. In den vorliegenden sieben Fällen ist allerdings nur bei einer Patientin (F. 2, Else F.) angegeben, daß sie schon einmal psychisch erkrankt war, bei allen anderen ist nur von Nervosität und Schwäche die Rede, aber es ist dabei zu bedenken, daß drei Fälle eigentlich nur eine Steigerung einer pschologisch verständlichen Depression mit zeitweise stark hysterischem Einschlag sind und daß der Fall 1 (Th.) in allen Erscheinungen aus der Reihe fällt. Von den drei übrigen schweren Krankheitsbildern hat Fall 2 (Else F.) schon einmal einen ähnlichen Zustand gehabt und im Fall 7 (Klara G.) ist eine schwere erbliche Belastung (Vater tobsüchtig) vorhanden. Nur im Fall 6 (Ida M.) findet sich in der Anamnese kein Hinweis auf irgendeine Belastung. In den in der Literatur angeführten Fällen von wirklicher Psychose findet sich fast immer eine mehr oder weniger schwere Belastung. Eine Sonderrolle spielt in diesem Zusammenhang die Hysterie, wie es nicht anders zu erwarten ist. Für eine hysterisch veranlagte Patientin sind die vorhergehende Krankheit, die Operation, die Ausfallserscheinungen und die veränderte psychologische Situation eine derartige Ansammlung von Reizkomplexen, daß es erstaunlich wäre, wenn sie nicht außerordentlich stark darauf reagierte. Bei den Patientinnen, die auf eine Kastration mit einer starken Psychose antworten, ohne daß sich in der Anamnese ein Anhaltspunkt für eine Belastung findet, kann man immer noch annehmen, daß sich eine latente Bereitschaft zur Psychose bei ihnen findet, die erst auf einen stärkeren Reiz, wie ihn der Eingriff darstellt, zum Ausbruch kommt.

Bumke nimmt an, daß im Klimakterium ausschließlich Menschen erkranken, die irgendeine psychotische Anlage von jeher besaßen. Komme es im Klimakterium zu einer ausgesprochenen Psychose, so ergebe die Anamnese fast immer, daß die Patientin gelegentlich, z. B. bei den Menses, nervöse Beschwerden gehabt habe, oder es lasse sich eine Häufung von psychischen Störungen in der Ascendenz, bei den Kindern oder bei den Geschwistern nachweisen. Sinngemäß kann man diese Anschauungen auch auf die Kastration für einen Teil der Fälle übertragen, wenn auch sicher die Kastration als solche und die mit ihr verbundenen körperlichen und seelischen Ausnahmezustände einen schwereren Einfluß haben, als das Klimakterium. So ist schon die Ursache der Kastration, das Leiden, das zur Operation führt, in den meisten Fällen ziemlich schwer und hat neben den angeführten körperlichen Einflüssen auch seelisch auf die Patientinnen eingewirkt. Man braucht nur daran zu denken, wie weit heute die Krebsfurcht geht und wie viele Frauen sich, besonders wenn sie unterleibskrank sind, sich jegliche Lebensfreude dadurch vergällen. Dazu kommen dann die Anstrengungen und Sorgen vor der Operation, die Befürchtungen über den Ausgang derselben oder, wie in einem unserer Fälle, die damit verbundenen finan-

ziellen Sorgen. Die Operation selbst kann ein schweres psychisches Trauma darstellen, nachher kommt die Sorge, ob sie ihren Zweck erfüllt hat, ob es noch früh genug war usw. Es soll hier nicht gesagt werden, daß diese Umstände für sich eine Psychose hervorrufen könnten, im allgemeinen wird eine normal und objektiv denkende Frau sie ohne Schaden ertragen können. Wenn aber schon irgendwelche Schädigungen des psychischen Gleichgewichtes vorliegen, dann wird die stete Hochspannung, in die die Patientinnen die durch die mit ihrem Leiden und mit der Operation zusammenhängende Umstände versetzt wird, eine weitere Noxe bedeuten.

Jedenfalls bringen die subjektiven Erscheinungen der Kastration mit all ihren Sensationen und das Bewußtwerden der biologischen Bedeutung der Amenorrhoe (Torschlußpanik Kraepelins) eine neue Belastung des Seelenlebens, besonders bei labilen Frauen. Während die eine Patientin über die Tatsache der nun auftretenden Erscheinungen unterrichtet ist und in ängstlicher Spannung auf ihr Erscheinen wartet, und sie sich in den grellsten Farben ausmalt, wird die andere durch die Plötzlichkeit ihres Auftretens überrascht und um so stärker erschüttert sein. Das ist das Wesentliche an der starken seelischen Wirkung der Ausfallserscheinungen nach Kastration, daß sie, während sie im Klimakterium nach und nach auftreten und sich meist schon lange vorher angekündigt haben, nun ganz plötzlich sich einstellen und ohne Übergangszeit und ohne Vorbereitung einfach da sind. Je jünger die Frau ist, desto stärker wird sie es empfinden. Bei hypochondrisch veranlagten Frauen kann schon allein die Tatsache der Ausfallserscheinungen zu einer psychogenen Depression führen.

Aus der Literatur ergibt sich in einer großen Anzahl von Fällen, daß nach der Kastration eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems und eine gesteigerte reaktive Ansprechbarkeit auftritt. Inwieweit diese Erhöhung der Affektivität nach Kastration durch den Ausfall oder die Umstellung der Ovarialtätigkeit bedingt oder ob es eine sekundäre psychische Reaktion auf diesen Vorgang ist, kann nach Runge nicht mit Sicherheit entschieden werden. Seine Ansicht nach ist es wahrscheinlich, daß die Ausschaltung der Ovarialfunktion eine Labilität der Affekterregbarkeit nach sich zieht. In Parallele dazu nahm Hauptmann schon an, daß die psychischen Störungen während der Menses nicht eine Folge der endokrinen Einwirkung auf das Gehirn seien, sondern eine sekundäre psychische Reaktion auf die körperlichen Beschwerden und ein damit verbundenes verändertes Ichgefühl. Menge-Opitz nimmt für die Kastrationsfolgen ähnliche Umstände an. Die nervösen Erscheinungen seien keineswegs eine direkt notwendige Folge des Ausfalls des Keimdrüsensekrets. Viele seien lediglich Folgeerscheinungen der psychogen gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems, welche dann aufträten, wenn der neue Zustand oder die harmlosen vasomotorischen Symptome bei ängstlicher Denkweise zum Gegenstand egozentrischer Stellungnahme und angstbetonter Eigenfürsorge würden und zu Unlust-

gefühlen mit ihren körperlichen und geistigen Folgeerscheinungen führten.

In vielen Fällen wird die eingreifende Umwandlung im Sexualleben ein starkes Trauma bedeuten. Wenn auch die Folgen der Kastration für den Geschlechtstrieb uneinheitlich sind — so fanden verschiedene Autoren den Geschlechtstrieb nach Kastration teils gleichbleibend, teils gesteigert, teils zurückgegangen —, so ist es doch kaum glaubhaft, daß nach Entfernung der das Geschlechtsleben hauptsächlich regulierenden Drüse noch lange ein biologisch-normales Geschlechtsleben erhalten bleibt. Schon das Bewußtsein, geschlechtlich unterwertig zu sein, bedeutet eine Schädigung des psychischen Gleichgewichts und würde in vielen Fällen die eventuell noch bestehende Libido beeinflussen. Wenn nun die Mutterschaft, die doch für die normal empfindende Frau letzten Endes das Ziel jeglichen Geschlechtslebens ist, bisher nicht erreicht war und noch erstrebt wurde, so ist die plötzliche Vernichtung aller Hoffnungen sicherlich geeignet, eine psychische Erschütterung stärksten Grades hervorzurufen. „Erst durch die Mutterschaft wird die höchste Entwicklungsstufe der Frau erreicht ...., jede Frau ist eine implizierte Mutter, aber erst eine Mutter ist eine explizierte Frau." (S e l l h e i m.) Eine Kastration in jungen Jahren nimmt einer Frau, die sich bis dahin nicht „expliziert" hat, jede Hoffnung ohne Trost. Wenn schon nach K r e t s c h m e r (zit. n. K e h r e r) das Herannahen der Wechseljahre eine „Nachblüte erotischen Gefühlslebens" hervorruft, die die Entstehung psychologischer Konflikte erleichtert, dann ist die Gelegenheit zur Konfliktbildung bei der jähen Abschneidung des Geschlechtslebens durch die Kastration sicher viel größer.

Bei Betrachtung der psychischen Störungen im Klimakterium betont S c h u l t z die Wichtigkeit des Endgültigkeitsproblems, wie er es nennt. Die Überschreitung der Lebenshöhe bringe fundamentale Veränderungen der Lebenssituation mit sich. Der Mensch würde sich oft plötzlich und katastrophenhaft dessen inne, daß nun das Leben endgültigen Charakter angenommen habe, daß nun keine Wahlfreiheit mehr bestehe und daß man kein Schicksal mehr gestalten könne, sondern nur das von ihm gestaltete vollenden könne. Ungleich schwieriger ist wiederum die psychologische Situation nach Kastration, besonders wenn diese in jüngeren Jahren vorgenommen wird. Mit der Kastration ist nicht das ganze Leben beendet, aber so manches, was zu den stärksten Lebenstrieben zählt, wird mit ihr beschlossen und beendet. Wenn auch äußerlich in den Lebensgewohnheiten kein Umschwung einzutreten braucht, es fehlt in Zukunft der tiefere Sinn, den Liebe und Ehe nun einmal haben, es fehlt die Aussicht auf Gestaltung des Schicksals und der Zukunft. Man kann die Bedeutung der Aussichtslosigkeit der psychologischen Situation nicht hoch genug schätzen, denn die unendlich vielen Fälle, in denen nach dem Eingriff eine Depression einsetzt, lassen sich normalerweise schon dadurch voll erklären. In den Fällen aber, in denen

diese Depression ins Pathologische und dem normalen Denken nicht mehr Verständliche übergeht, liegt, wie wir gesehen haben, zumeist schon eine pathologische Veranlagung oder Belastung vor.

Zusammenfassende Kritik.

Wir haben eine Fülle von verschiedenen ätiologischen Momenten gefunden, die den Anstoß oder die Grundlage für eine Kastrationspsychose bilden können, aber — wie es immer ist, wenn man zu viel Gründe für ein Geschehen hat — das eine große beherrschende Moment, warum es letzten Endes in dem einen Fall zu einer Psychose kommt und in dem anderen ähnlich gelagerten Fall der Eingriff ohne stärkere Störungen des Geisteslebens überstanden wird, ist uns unbekannt. Es ist auch wohl nicht so, daß man eine oder wenige Tatsachen als Grund für den Ausbruch einer Psychose anschuldigen kann, die Verhältnisse liegen unendlich komplizierter. Nicht die endokrinen Störungen, nicht die veränderte psychologische Situation, nicht die exogenen Schädigungen der Krankheit und der Operation und nicht die endogene Veranlagung bedingen für sich allein die Psychose. Erst aus ihrem Zusammenwirken, aus vielleicht ganz bestimmten Konstellationen ergibt sich das jeweilige Zustandsbild. Auch F i s c h e r schreibt, man könne die Pathogenese der Geisteskrankheiten nicht ausschließlich im Gehirn und ebensowenig in einzelnen innersekretorischen Organen suchen, sondern müsse auf dem Wege der Korrelations- und Mechanismenforschung den Grundlagen für die Äußerungsformen des normalen und krankhaften Seelenlebens nachgehen. B u m k e u. a. schreiben dem Klimakterium bei den in ihm entstehenden Psychosen nur eine auslösende Rolle zu, „die Involution bringt das Faß nur zum Überlaufen". Wahrscheinlich erkrankten in der Rückbildungszeit nur Menschen, die irgendeine psychotische Anlage besessen hätten. Ein Teil der Kastrationspsychosen wird ähnlich gelagert sein, denn die Kastration versetzt die Frauen in die Situation des Klimakteriums und fügt außerdem noch exogene Noxen hinzu. Für die postoperativen Psychosen hält K e h r e r eine konstitutionelle Bereitschaft für bedeutungsvoller als den Komplex der exogenen Faktoren. Diese Disposition sei nicht mit der Veranlagung zu endogenen Psychosen verwandt oder identisch, sondern etwas Spezifisches, sofern man nicht die keineswegs seltenen schizophrenen Schübe oder andere der rein endogen entstehenden Psychosen, die durch die Operation hervorgerufen werden, ins Auge faßt. Er bezeichnet die postoperativen Psychosen als gemischt-exogene Psychosen, da eine Konkurrenz psychogener und somatogener Schädigungen zu Grunde liege.

Eine Sonderstellung der Kastrationspsychosen gegenüber den rein postoperativen Psychosen einerseits und den klimakterischen Geistesstörungen andererseits in ätiologischer Hinsicht besteht zweifellos. Von den ersteren unterscheidet sie die eingreifende endokrine Störung und die schwerer als bei einer gewöhnlichen Operation belastete psychologische Situation, vom klimakterischen

Irresein trennt sie die auch hier viel stärker belastete psychologische Situation und die exogene Schädlichkeit des pathologischen Geschehens.

Die Zustandsbilder der Kastrationspsychosen zeigen, abgesehen von einer depressiv-ängstlichen Färbung, die den meisten Fällen gemeinsam ist, die verschiedensten Bilder. Abgesehen von den Fällen, in denen ein offensichtlich schizophrener Schub oder eine manisch-melancholische Phase ausgelöst wird, in denen es sich, streng genommen, also nicht um eine Kastrationspsychose handelt, gehören sie dem heteronomen Symptomenkomplex an. Die Bilder der klimakterischen Melancholie und noch weniger der Involutionsparanoia sind selten, bei diesen scheinen also außer der ovariellen Störung noch weitere Involutionserscheinungen beteiligt zu sein.

Rein ärztlich gesehen scheinen uns wichtiger als die akuten Psychosen die nach Kastration in einer um vieles größeren Zahl von Fällen auftretenden depressiven Verstimmungen zu sein, denn sie sind vom Psychologischen her erfaßbar und deswegen einer Therapie zugänglicher. Im übrigen sollte die Tatsache, daß es sich bei den Frauen, die im Anschluß an eine Kastration Geistesstörungen bekommen, in den meisten Fällen um irgendwie belastete Individuen handelt, veranlassen, daß in solchen Fällen die Indikation zur Operation mit besonderer Vorsicht gestellt wird. Krauss fordert, daß nur bei Versagen anderer therapeutischer Möglichkeiten und unter größten Bedenken eine Kastration vorgenommen wird, sobald Zeichen einer starken organisch-vegetativen oder psychischen Übererregbarkeit vorhanden sind, während der Generationsvorgänge Beschwerden bestanden, eine besondere Reaktionsbereitschaft auf körperliche oder seelische Traumen festzustellen ist, die Struktur der Sexualität kompliziert polymorph ist, sobald klar wird, daß die betreffende Frau aus körperlichen oder seelischen Gründen auf das Genitale zu stark zentriert ist und schwere Konflikte, insbesonderes solche, die Sexus und Eros betreffen, vorliegen.

Zusammenfassung.

1. Es wurden sieben Fälle beschrieben, in denen es nach operativer Kastration zu einer Psychose kam. Dabei handelte es sich einmal um eine mehr postoperative Psychose, in einem Fall trat zu komplizierten psychologischen Verhältnissen wahrscheinlich eine latente Schizophrenie hinzu und in einem anderen Fall wurden die durch die Kastration entstandenen komplizierten psychologischen Verhältnisse hysterisch überlagert. In zwei Fällen brach eine depressiv-ängstliche Verstimmung aus und in zwei Fällen handelte es sich um hysterische Überwertungen der Ausfallserscheinungen. Gemeinsam war allen Krankheitsbildern die depressiv-ängstliche Färbung.

2. Bei den nach Kastration auftretenden Psychosen lassen sich die verschiedensten Konstellationen von Bedingungen und

Veranlagungen nachweisen. Besondere Bedeutung haben dabei folgende vier Gruppen:

a) Einfluß der vorhergehenden Krankheit und der Operation.
b) Einfluß der inneren Sekretion und Störungen derselben.
c) Rolle der Erblichkeit, der Belastung und der Veranlagung.
d) Psychologische Situation.

Immer entsteht eine Kastrationspsychose aus einer Kombination mehrerer Ursachen und Bedingungen. Von einer spezifischen Kastrationspsychose kann daher ebensowenig gesprochen werden, wie etwa von einer „operativen Psychose" oder einer „Generationspsychose".

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Kehrer für die Überlassung des Themas und für die jederzeit bereitwillige Unterstützung meinen ergebenen Dank auszusprechen.

Schriftenverzeichnis.

Albrecht: Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 22, S. 306 (1914).

Aschner: Über schädliche Spätfolgen nach Uterusexstirpation sowie operativer und radiotherapeutischer Kastration. Arch. f. Gynäk. Bd. 124, S. 113 (1925).

Berger: Über die Psychosen des Klimakteriums. Mtsschr. f. Neur. u. Psych. Bd. 22, S. 13 (1907).

Delius: Psychosen im Anschluß an Röntgenbestrahlung der Ovarien. Ztschrft. f. d. g. Neur. Bd. 107, S. 152 (1927).

Ewald: Die Generationspsychosen des Weibes. In: Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. VII, S. 118 (1928).

— Psychische Störungen des Weibes. In Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. V, Teil III, S. 117.

Feldweg: Folgen und Wert der Röntgenkastration. Mchn. med. Wchschrift. 1927, S. 228.

Fischer: Psychiatrie und innere Sekretion. Allg. Ztschrft. f. Psych. Bd. 79, S. 286 (1923).

— Die Rolle der inneren Sekretion in den körperlichen Grundlagen für das normale und das krankhafte Seelenleben. Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 34, S. 233 (1923).

Fuchs: Ausfallserscheinungen nach der Röntgenmenopause. Strahlentherapie Bd. 4, S. 1.

Gläveckе: Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verlust der Ovarien einerseits und des Uterus andererseits. Arch. f. Gynäk. Bd. 35, S. 1 (1889).

Jeanselme et Touraine: Troubles psychiques après la castration chez la femme. Ref. im Zentralbl. f. d. g. N. u. Ps.

Kant: Strukturanalyse der klimakterischen Psychosen. Ztschrft. f. Neur. u. Psych. Bd. 104, S. 174 (1926).

Kehrer: Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Kritische Übersichtsreferate. Zentrbl. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 25, S. 1 (1921).

— Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Monogr. a. d. Gesamtgebiet d. Neur. u. Psych. 40 (1924).

Kleist: Über chronische wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters. Ztschrft. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 22, S. 306 (1912).

— Postoperative Psychosen. Monogr. a. d. Gesamtgebiet d. Neur. u. Psych. 11 (1915).

Krauß: Über psychische Störungen bei Frauen nach der Kastration. Ztschrft. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 141, S. 750 (1932).

Küstner: Untersuchungen über die innersekretorischen Veränderungen nach Uterusexstirpation, operativer Kastration, Röntgenkastration und im normalen Klimakterium. Mtsschrft. f. Geburtsh. Bd. 70, S. 284 (1925).

Martini: Kastration der Frau. In Eulenburgs Realenzyklopädie.

Menge-Opitz: Handbuch der Frauenheilkunde. 4. Aufl. (1922).
Pfeilsticker: Hirntumoren und Psychosen nach gynäkologischen Operationen. Zentrbl. f. Gynäk. Bd. 46, S. 30 (1922).
Pfister: Die Wirkung der Kastration auf den weiblichen Organismus. Arch. f. Gynäk. Bd. 56, S. 538 (1899).
Rieger: Die Kastration. Jena 1900.
Runge: Die Generationspsychosen des Weibes. Arch. f. Psych. Bd. 48, S. 545 (1911).
— Geistesstörungen im Umbildungsalter. In Bumkes Handbuch der Psychiatrie. Bd. VIII, S. 542 (1930).
Schultz: Das Endgültigkeitsproblem in der Psychologie der Rückbildungsdepressionen. Ztschrft. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 28, S. 512 (1930).
Sellheim: Gemütsverstimmungen der Frau. Stuttgart 1930.
— Wechseljahre der Frau. Stuttgart 1932.
Stengel: Die künstliche Sterilisierung des Weibes. Arch. f. Psych. Bd. 61, S. 492 (1920).
Stertz: Psychiatrie und innere Sekretion. Ztschrft. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 53, S. 39 (1920).
Werth: Über Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen am weiblichen Genitalapparat. Verhd. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. Arch. f. Gynäk. Bd. 32, S. 457 (1888).
Wiesel: Innere Klinik des Klimakteriums. Halban-Seitz: Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. III, S. 1025 (1924).
v. Witzleben: Psychische Veränderungen nach Röntgenkastration im Klimakterium. Arch. f. Psych. Bd. 83, S. 410 (1928).
Vogt: Über die Beziehungen zwischen Psyche und Röntgentherapie. Strahlentherapie. Bd. 20 (1925).
Zacherl: Die Wechseljahre der Frau (1928).
Zondek und Aschheim: Experimentelle Untersuchungen über die Funktion und das Hormon des Ovariums. Klin. Wchschrft. Bd. 29, S. 1388 (1925).

Lebenslauf.

Ich, Erich Hermann Hans Altenkämper, wurde am 25. Juli 1908 zu Bocholt i. W. geboren, besuchte dort die evangelische Volksschule und das humanistische Gymnasium, das ich mit dem Zeugnis der Reife zu Ostern 1928 verließ. Ich studierte Medizin in Tübingen, Wien, Graz, München und Münster, wo ich im Januar 1934 mein Medizinisches Staatsexamen bestand. Als Medizinalpraktikant war ich an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universtät Münster (Prof. Dr. K e h r e r) und an der Medizinischen Klinik in Düsseldorf (Prof. Dr. E d e n s) und nach der Approbation wieder als Volontärassistent an der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Münster tätig. Seit dem 1. 6. 1936 bin ich Assistenzarzt und seit dem 30. 1. 1937 Oberarzt an der Provinzialheilanstalt Eickelborn i. W.